FORMULARIO FINANCIERO
Completar el frente y dorso de este formulario. Gracias.

COMPLETAR EL FORMULARIO Y ENVIARLO POR CORREO A: **NCH HEALTHCARE SYSTEM, INC.**
ATTN: Central Campus Business Office
P. O. BOX 8569
NAPLES, FL 34101

NCH #158 Frente Revisado 9/10

Número(s) de cuenta	
Nombre del paciente (Apellido, Nombre e Inicial del Segundo Nombre)	Número de Seguro Social del paciente
Dirección Ciudad Estado Código postal	Fecha de nacimiento
Años en esta dirección ☐ Propia ☐ Alquila (años) (meses)	Número de teléfono
Nombre del/de la: ☐ Cónyuge ☐ Padre / Madre (Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre)	Número de Seguro Social ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre
Dirección Ciudad Estado Código postal	Fecha de Nacimiento ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre

Información del empleador del paciente	**Información del empleador del cónyuge o del padre**
Nombre del empleador	Nombre del empleador ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre
Dirección del empleador Ciudad Estado Código postal	Dirección del empleador Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono del empleador	Número de teléfono del empleador
Duración del empleo / Ocupación	Duración del empleo / Ocupación
¿**Dueño de Empresa**? ☐ Sí ☐ No Nombre de la empresa	¿**Dueño de Empresa**? ☐ Sí ☐ No Nombre de la empresa
¿Quién paga sus gastos si usted no tiene ningún ingreso?	
¿Presentó su declaración de impuestos este último año?	

Dependientes que viven en el hogar además de los enumerados arriba

Los hijos mayores de 18 años no deberían mencionarse a menos que se presenten registros escolares

Nombre del hijo	**Fecha de nacimiento**	**Número de Seguro Social**	**Parentesco con el paciente**
Otro:			

Información de ingresos

						Ingreso Bruto Mensual
Salario b**ruto** mensual del paciente	$	O	por hora	$	Horas trabajadas por semana	
Salario b**ruto** mensual del cónyuge / Salario b**ruto** mensual del padre/madre	$	O	por hora	$	Horas trabajadas por semana	
Jubilación/Pensión mensual				$		
Pensión del Seguro Social mensual				$		
Beneficios mensuales por desempleo				$		
Pensión alimenticia/Manutención infantil mensual				$		
Ingresos mensuales por rentas				$		
Intereses/Dividendos mensuales				$		
Otros ingresos mensuales:				$		
Sírvase proporcionar la siguiente información:	Ingreso bruto mensual total			$		

Dueño de Empresa **Se requiere una copia de su última declaración de impuestos (de la empresa e individual)**

Empleado: **Se requieren copias de sus tres (3) últimos talones de cheques de pago**

Desempleado: **Ingreso bruto mensual anterior al desempleo $** _____ **Fecha en que comenzó el desempleo** ____/____/____

NCH #158 Dorso Revisado 9/10

Activos	SÍ	NO	SALDO
¿Posee acciones o bonos?			$
¿Tiene una cuenta de cheques?			$
¿Tiene una cuenta de ahorro?			$
¿Tiene una cuenta de mercado monetario?			$

¿Es dueño de otra propriedad además de su residencia actual? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos posee? _____ Indique direcciones abajo

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad, Estado y Código postal _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____

¿Posee automóvil(es) ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos? _____

Año	Marca/Modelo	Año	Marca/Modelo

Gastos mensuales		Pago mensual	Saldo ddeudado
Alquiler/Hipoteca (incluso impuestos y seguro)		$	$
Servicios públicos (electricidad, teléfono, agua, cloaca, cable)		$	$
Alimentos		$	$
Préstamo(s) para automóvil		$	$
Tarjeta(s) de crédito	Nombre de la empresa		
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$
Cuentas médicas	Nombre del médico/proveedor		
		$	$
		$	$
Combustible para el automóvil		$	$
Seguro del automóvil		$	$
Seguro de salud		$	$
Medicamentos		$	$
Otros gastos mensuales		$	$
		$	$

Además, entiendo que de acuerdo con la Ley del Estado de la Florida número 817.50, proporcionar información falsa para cometer fraude contra un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios, es un delito menor de segundo grado. Estoy de acuerdo en reembolsar a NCH Healthcare System por cualquier ayuda recibida o cualquier recobro de fondos de otro pagador o por medio de derechos de subrogación.

X _____ _____

Firma del paciente **(si es menor, de la persona responsable y parentesco**) Fecha

X _____ _____

Firma del garante (r**equerido)** Fecha

X _____ _____

Firma del testigo **(requerido)** Fecha

ATTENCION: <u>FAVOR LEER ANTES DE COMPLETAR ESTA FORMA</u>

Para asistirlo major con su o sus cuentas, favor de completer todas las secciones de este documento correctamente para así poder asistirlo major. Nosotros no podemos ayudarle sin la information correcta tiene que ser recibida no más de 10 días después pue usted recibe este formulario. Si no la completa su cuenta se mandará a una compañia de colección.

*** Por detrás de la forma hay 3 firmas que se requieren, Esta forma no se puede procesar sin las tres firmas requeridas, asegúrese de firmarla.

El paciente:	La persona que reciba los servicios
El garantor:	La persona responsible por el pago de las cuentas
Testigos:	Una persona que vea que usted firmó la forma. Esta firma es solamente para vericicar que usted es la persona que ha firmado la forma. El testigo no esta verificando que su información sea correcta o verdadera.

*** Donde sea requerido: Favor de poner un circulo padre – madre o cónyuge

*** Documentos requeridos per ejemplo talonarios de cheques y su declaración de impuesto (si es requerido tiene que proveer copias). Nosotros no podemos regresar las originales.

*** La información de ingreso pedida es en bruto no en neto.

*** Si no tiene ingresos, explique quíen paga for sus gastos.

*** Si está desempleado, explique cuanto usted recibe del desempleo.

*** Se está desempleado, explique la duración del desempleo y cual fue su ingreso antes del desempleo.

*** Favor de completer los dos lados de la aplicación.

Si usted tiene alguna pregunta sobre como completer este formulario, favor de llamar a nuestro departmento de servicios al cliente al (239) 513-7144 o (800) 436-8454.

Gracias por su cooperación

See reverse side for English
Para Inglés vea el lado contrario