

# Hospital de La Pequeña Compañía de María

## Solicitud de Ayuda Económica

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N° de Ident. del Hospital V \_\_\_\_\_

Fecha(s) de Servicios \_\_\_\_\_ Seguro (si tiene) \_\_\_\_\_

Saldo Adeudado \$ \_\_\_\_\_

**Ingreso Mensual:**

Su Sueldo/Ingreso (de cualquier tipo)  
Es decir; Seguro Social, Pensión por  
Incapacidad \$ \_\_\_\_\_

Sueldo/Ingreso de su Cónyuge  
u Otros Ingresos \$ \_\_\_\_\_

Ingreso por Dividendos  
o Intereses \$ \_\_\_\_\_

**Total** \$ \_\_\_\_\_

**\* Para procesar esta solicitud deberá adjuntarse una copia de su declaración de Impuestos Federales más reciente, de sus formularios W-2 o comprobación de desempleo.**

**Bienes**

Dinero disponible \$ \_\_\_\_\_

Saldo de cuenta de ahorro \$ \_\_\_\_\_

Saldo de cuenta corriente \$ \_\_\_\_\_

Saldo en Cajas de Crédito \$ \_\_\_\_\_

Inversiones \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Vida (Valor) \$ \_\_\_\_\_

**Total** \$ \_\_\_\_\_

**\*\*Adjunte las copias más recientes de sus estados bancarios para confirmación**

**Gastos Mensuales**

Renta/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Alimentos \$ \_\_\_\_\_

Ropa \$ \_\_\_\_\_

Servicios \$ \_\_\_\_\_

Automóvil \$ \_\_\_\_\_

Cuidados Médicos/Farmacia  
\$ \_\_\_\_\_

Seguros \$ \_\_\_\_\_

Otros \$ \_\_\_\_\_

**Total** \$ \_\_\_\_\_

**\*\*\* Adjunte a esta solicitud copia de todos los recibos por los gastos de los últimos 3 meses.**

**Tamaño de la Familia**

Indique la cantidad total de dependientes en su familia \_\_\_\_\_

**Nombres/Edades de los Dependientes**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Certifico que la información arriba mostrada es una declaración correcta y completa de mi situación financiera actual**

\_\_\_\_\_  
Responsable/Paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante del Hospital Fecha

\_\_\_\_\_  
Cónyuge Fecha