

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