



JennieStuart
MEDICAL CENTER
DECLARACIÓN FINANCIERA

INFORMACIÓN GENERAL

Información del paciente

Número de cuenta del paciente (obligatorio):	Fecha de la visita:
_____	_____
Nombre:	Número del Seguro Social (SSN):
_____	_____
Dirección:	Condado:
_____	_____
Teléfono residencial:	Fecha de nacimiento:
_____	_____
Empleador:	Teléfono del trabajo:
_____	_____
Ocupación:	

Fiador (o cónyuge si está casado):

Nombre:	Número del Seguro Social (SSN):
_____	_____
Dirección:	

Empleador:	Teléfono del trabajo:
_____	_____
Ocupación:	

Relación con el paciente:	

Información familiar

Tamaño de la familia:

Miembro de la familia	Número del Seguro Social (SSN)	Edad	Relación con el paciente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

CUADRO DE RECURSOS FAMILIARES

Ingresos mensuales del grupo familiar

Salario del paciente	\$ _____	
Salario del cónyuge/fiador	\$ _____	
Jubilación/pensión	\$ _____	
Seguro Social	\$ _____	
Flujo de caja de alquiler/renta neta	\$ _____	
Intereses	\$ _____	
Dividendos	\$ _____	
Ayuda para las familias con hijos dependientes (AFDC)/ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) / Ayuda social	\$ _____	
Pensión alimenticia recibida	\$ _____	
Manutención de menores recibida	\$ _____	
Ingresos por desempleo	\$ _____	
Pago por servicio militar/reservas militares/guardia nacional	\$ _____	
Beneficios de compensación laboral	\$ _____	
Otros ingresos/asistencia (enumere):	\$ _____	
	\$ _____	
Otros ingresos/asistencia (enumere):	\$ _____	
Representante del JSMC:	\$ _____	Fecha: _____
	\$ _____	
Ingresos mensuales totales	\$ _____	A
Ingresos anuales = (A x 12)	\$ _____	B
Ajustes de ingresos anuales (describa):	\$ _____	
	\$ _____	
	\$ _____	
Ajustes de ingresos totales	\$ _____	C
Ingresos anuales ajustados = (B+C)	_____	

1. Ingresos anuales ajustados (desde la página 1) _____ [A]

2. Efectivo e inversiones:

a. Cuentas bancarias

Nombre del banco	No. de cuenta	Monetaria/de Ahorro	Saldo actual
_____	_____	_____	_____ [A]
_____	_____	_____	_____ [A]
_____	_____	_____	_____ [A]

b. Acciones, fondos de inversión, certificados de depósito y otras inversiones distintas a la jubilación:

Nombre/Descripción	No. de cuenta	Tipo de inversión	Saldo actual
_____	_____	_____	_____ [A]
_____	_____	_____	_____ [A]
_____	_____	_____	_____ [A]

c. Seguro de vida/plan funerario

Nombre/descripción	Monto de la póliza	Valor en efectivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Total de efectivo e inversiones _____

3. Casa (lugar principal de residencia):

Nombre/descripción	Valor de mercado de la casa	Hipoteca/saldo del préstamo	Valor del patrimonio
_____	_____	_____	_____

4. Otras propiedades (rubros individuales mayores a \$ 5,000) - adjunte un cuadro aparte si es necesario:

a. Vehículos (incluya automóviles, barcos, motocicletas, maquinaria agrícola, etc.)

Marca/modelo/año	Valor de mercado	Hipoteca/saldo del préstamo	Valor del patrimonio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

b. Vivienda (incluya casas [que no sean su residencia], propiedades en renta, etc.)

Descripción	Valor de mercado	Hipoteca/saldo del préstamo	Valor del patrimonio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

c. Bienes raíces (incluya terrenos y otras propiedades inmobiliarias)

Descripción	Valor de mercado	Hipoteca/saldo del préstamo	Valor del patrimonio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Total de otras propiedades _____

Total de recursos (total de 1 a 5) _____

Total de recursos familiares para beneficencia _____

Total de [A] _____

Afirmo que toda la información en mi solicitud de beneficencia es correcta y se completó a mi mejor saber y entender. Entiendo y estoy de acuerdo que si el centro médico Jennie Stuart Medical Center descubre que he hecho falsas declaraciones o he tergiversado cualquier información en esta solicitud de beneficencia, pueden solicitar medidas legales en mi contra para recuperar la cantidad de beneficencia brindada, así como los costos relacionados y los honorarios del abogado. Autorizo al centro médico Jennie Stuart Medical Center para que obtenga un informe del consumidor, incluido un informe de crédito sobre mí, para tomar en cuenta mi solicitud de beneficencia. Entiendo que en caso de que se utilice la información contenida en el informe, total o parcialmente, al tomar una decisión desfavorable relacionada con mi solicitud de beneficencia, el centro médico Jennie Stuart Medical Center me proporcionará una copia del mismo. En caso de que la decisión desfavorable se base en la información contenida en mi informe del consumidor, entiendo que se me proporcionará una descripción escrita de mis derechos, según la Ley Federal de Informes Imparciales de Crédito.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que suministra la información (si es diferente del solicitante): _____ Relación con el solicitante: _____

Representante del JSMC: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo y los anexos a:
Jennie Stuart Medical Center
Financial Counselors
320 W 18th Street
PO Box 2400
Hopkinsville, KY 42240