



700 S. Park Street
Madison, WI 53715

DECLARACION FINANCIERA

Información del Paciente:

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre):

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____ # de Seguro Social: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

de la Cuenta: _____

Fechas de Servicio: _____

Otros que Residen en la Casa:

Nombre (Apellido, Nombre/Relación con el paciente) Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Información del Empleo:

Nombre: _____ Salario Bruto Mensual: _____

Estado del Empleo: Tiene empleo Jubilado Desempleado Otro _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Duración del Empleo: _____ # de Teléfono del Empleador: _____

Encierre en un círculo el nivel de ingresos de la casa durante los últimos 12 meses.

\$0 - \$9,999	\$10,000 - \$14,999	\$15,000 - \$19,999
\$20,000 - \$24,999	\$25,000 - \$29,999	\$30,000 - \$39,999
\$40,000 - \$49,999	Más de \$50,000	

Fuentes de Ingresos Adicionales:

Cónyuge	\$ _____	Compensación por accidentes laborales	\$ _____
Ingreso de alquiler	\$ _____	Subsidio de desempleo	\$ _____
Estampillas para comida	\$ _____	Subsidio de enfermedad	\$ _____
Pensión	\$ _____	Seguro Social	\$ _____
SSI/SSD	\$ _____	Otros Ingresos	\$ _____

Si no tiene ninguna fuente de ingreso, ¿Cómo ha estado manteniéndose? _____

Posesiones:

Cuenta	Nombre del Banco/S&L/ Compañía de Préstamo	Saldo Actual
Cuenta Corriente		
Cuenta de Ahorros		
Seguro de Vida (valor en efectivo)		
401-K, IRA, TSA y otro plan de jubilación		
Acciones/Bonos (valor en efectivo)		
Certificados de Depósito		
Propiedad aparte de la Casa (tierra, propiedad en alquiler, etc.)		
Dinero Disponible en Efectivo		
Otro		

Gastos Mensuales:

Gasto:	Saldo Pendiente	Pago Mensual
Renta o Hipoteca		
Gas/Petróleo/Leña		
Electricidad		
Agua/Alcantarillado		
Teléfono		
Cuidado de Niños		
Pagos de Mantenimiento		
Tarjetas de Crédito		
Préstamo de Automóvil		
Préstamo de Equidad		
Médico (no cubierto por el seguro)		
Dental (no cubierto por el seguro)		
Comida		
Ropa		
Otro (cable, seguro, etc.)		
Total de los Gastos Mensuales		

Otra información que desearía incluir:

Por favor anote otras agencias que usted haya contactado para asistencia:

Autorización para Representación:

Yo, el abajofirmante, por la presente autorizo que el Hospital de St. Mary's delibere los específicos de mi expediente médico y financiero en sus esfuerzos para investigar los recursos financieros en mi favor.

Autorización para la Entrega de Información:

Esta autorización incluye la entrega de cualquier declaración financiera, informes de negocios, información de la nómina de pago o de los beneficios de mis empleadores pasados o actuales, juicios o evaluaciones al Hospital de St. Mary's.

Yo entiendo que se requiere una notificación por escrito para revocar esta autorización. Además entiendo que una fotocopia de esta autorización tiene el mismo efecto que el original.

Firma del Paciente o Persona responsable: _____

Relación: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva el formulario firmado y completo dentro de 10 días a la Oficina de Negocios de St. Mary's en el sobre con franqueo pagado adjunto.