

Fecha \_\_\_\_\_  
 Núm. de cuenta del paciente \_\_\_\_\_  
 Representante de RHS \_\_\_\_\_

**HOJA DE DIVULGACIÓN FINANCIERA**

(Por favor escriba en letra de molde o a máquina)

Como parte de nuestro compromiso con nuestra comunidad, Rockford Health System proporciona asistencia financiera a las personas que cuentan con recursos financieros limitados, que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. La Solicitud de asistencia financiera recopilará información acerca de usted y del resto de miembros de su hogar, que nos será útil para determinar adecuadamente su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Para evaluar adecuadamente su capacidad de pago, le solicitamos que nos proporcione copias de su declaración de Impuesto sobre la renta IRS 1040 más reciente; sus W2 (incluyendo todos los horarios); los dos últimos talones de pago de todos los miembros del hogar que trabajan, así como copias de las declaraciones del paciente por saldos adeudados a Rockford Health System u otros proveedores. Para su conveniencia, adjuntamos un sobre de devolución. Por favor enviarlo de vuelta antes de \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre del fiador: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número	Ciudad	Estado	Código postal
Empleador: _____			Años de empleo: _____

Dirección y teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	--------	---------------	----------

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. telefónico: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	--------	---------------	----------

**Cuenta(s) de cheques**

Nombre de la cuenta	Número	Banco	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Cuenta(s) de ahorros**

Nombre de la cuenta	Número	Banco	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Tarjeta(s) de crédito**

Nombre de la Tarjeta de crédito	Límite de crédito	Saldo actual	Pago mensual
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

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

**ATRÁS**

<u>Ingreso neto</u>	<u>Por mes</u>	<u>Ingreso adicional</u>	<u>Valor/Saldo</u>	<u>Contribución</u>
Fiador	\$ _____	I R A / CD	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	401 K PLAN	\$ _____	\$ _____
Otro (describa)	\$ _____	SEGURO SOCIAL	\$ _____	\$ _____
Ingreso total	\$ _____	COMP LABORAL	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	PENSIÓN	\$ _____	\$ _____
		OTRO	\$ _____	\$ _____

Identifique y detalle el número de dependientes según la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

	<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>RELACIÓN</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

**Gastos:**

**Por mes**

Renta/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_  
 Valor patrimonial de la casa \$ \_\_\_\_\_

Carro(s) Marca Año Modelo  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Alimentos \$ \_\_\_\_\_  
 Gasolina para transporte \$ \_\_\_\_\_  
 • Calefacción \$ \_\_\_\_\_  
 • Electricidad \$ \_\_\_\_\_  
 • Teléfono/Celular \$ \_\_\_\_\_  
 • Seguro de automóvil \$ \_\_\_\_\_  
 • Cable \$ \_\_\_\_\_

**Otros gastos:** (Por favor enumere)

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación usted certifica en nombre propio y de los miembros de su hogar ante Rockford Health System y autoriza a Rockford Health System para proceder como sigue:

1. A mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa;
2. Rockford Health System puede obtener un informe personal de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar;
3. Rockford Health System tiene el derecho a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo a través de comunicaciones con terceras personas y
4. Ningún miembro de mi hogar tiene seguro que pueda pagar por ninguna porción de ninguna obligación financiera que podamos tener con Rockford Health System; O, hemos proporcionado toda la información relevante en relación con nuestro seguro con Rockford Health System.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o fiador

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Por medio de su firma anterior usted autoriza a Rockford Health System a obtener un informe personal de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar.