



FORMULARIO FINANCIERO
Completar el frente y dorso de este formulario. Gracias.

COMPLETAR EL FORMULARIO Y ENVIARLO POR CORREO A: **NCH HEALTHCARE SYSTEM, INC.**
ATTN: Central Campus Business Office
P. O. BOX 8569
NAPLES, FL 34101

NCH #158 Frente Revisado 9/10

Número(s) de cuenta			
Nombre del paciente (Apellido, Nombre e Inicial del Segundo Nombre)		Número de Seguro Social del paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento		Número de teléfono	
Años en esta dirección		Número de Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Alquilé (años)	(meses)	
Nombre del/de la: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / Madre (Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre)		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/Madre
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de Nacimiento		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/Madre

Información del empleador del paciente		Información del empleador del cónyuge o del padre	
Nombre del empleador		Nombre del empleador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección del empleador		Ciudad	
Estado		Código postal	
Número de teléfono del empleador		Número de teléfono del empleador	
Duración del empleo	Ocupación	Duración del empleo	Ocupación
¿Dueño de Empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Dueño de Empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la empresa		Nombre de la empresa	
¿Quién paga sus gastos si usted no tiene ningún ingreso?			
¿Presentó su declaración de impuestos este último año?			

Dependientes que viven en el hogar además de los enumerados arriba

Los hijos mayores de 18 años no deberían mencionarse a menos que se presenten registros escolares

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco con el paciente
Otro:			

Información de ingresos				Ingreso Bruto Mensual	
Salario bruto mensual del paciente	\$	<input type="radio"/> por hora	\$	Horas trabajadas por semana	
Salario bruto mensual del cónyuge	\$	<input type="radio"/> por hora	\$	Horas trabajadas por semana	
Salario bruto mensual del padre/madre	\$				
Jubilación/Pensión mensual	\$				
Pensión del Seguro Social mensual	\$				
Beneficios mensuales por desempleo	\$				
Pensión alimenticia/Manutención infantil mensual	\$				
Ingresos mensuales por rentas	\$				
Intereses/Dividendos mensuales	\$				
Otros ingresos mensuales:	\$				
Sírvase proporcionar la siguiente información:				Ingreso bruto mensual total	\$

Se requiere una copia de su última declaración de impuestos (de la empresa e individual)

Dueño de Empresa

Empleado: Se requieren copias de sus tres (3) últimos talones de cheques de pago

Desempleado: Ingreso bruto mensual anterior al desempleo \$

Fecha en que comenzó el desempleo

/ /

NCH #158 Dorso Revisado 9/10

Activos

SÍ NO

SALDO

¿Posee acciones o bonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Tiene una cuenta de cheques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Tiene una cuenta de ahorro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Tiene una cuenta de mercado monetario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Es dueño de otra propiedad además de su residencia actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique direcciones abajo
Dirección	Dirección		
Ciudad, Estado y Código postal	Ciudad, Estado y Código Postal		
¿Posee automóvil(es) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos?		
Año	Marca/Modelo	Año	Marca/Modelo

Gastos mensuales

Pago mensual

Saldo ddeudado

Alquiler/Hipoteca (incluso impuestos y seguro)	\$	\$
Servicios públicos (electricidad, teléfono, agua, cloaca, cable)	\$	\$
Alimentos	\$	\$
Préstamo(s) para automóvil	\$	\$
Tarjeta(s) de crédito	Nombre de la empresa	
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
Cuentas médicas	Nombre del médico/proveedor	
	\$	\$
	\$	\$
Combustible para el automóvil	\$	\$
Seguro del automóvil	\$	\$
Seguro de salud	\$	\$
Medicamentos	\$	\$
Otros gastos mensuales	\$	\$
	\$	\$

Además, entiendo que de acuerdo con la Ley del Estado de la Florida número 817.50, proporcionar información falsa para cometer fraude contra un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios, es un delito menor de segundo grado. Estoy de acuerdo en reembolsar a NCH Healthcare System por cualquier ayuda recibida o cualquier recobro de fondos de otro pagador o por medio de derechos de subrogación.

X _____
 Firma del paciente (si es menor, de la persona responsable y parentesco) _____
 Fecha _____

X _____
 Firma del garante (requerido) _____
 Fecha _____

X _____
 Firma del testigo (requerido) _____
 Fecha _____

**ATTENCION: FAVOR LEER ANTES DE COMPLETAR
ESTA FORMA**

Para asistirlo mejor con su o sus cuentas, favor de completar todas las secciones de este documento correctamente para así poder asistirlo mejor. Nosotros no podemos ayudarle sin la información correcta que debe ser recibida no más de 10 días después que usted recibe este formulario. Si no la completa su cuenta se mandará a una compañía de colección.

*** Por detrás de la forma hay 3 firmas que se requieren, Esta forma no se puede procesar sin las tres firmas requeridas, asegúrese de firmarla.

El paciente:	La persona que reciba los servicios
El garante:	La persona responsable por el pago de las cuentas
Testigos:	Una persona que vea que usted firmó la forma. Esta firma es solamente para verificar que usted es la persona que ha firmado la forma. El testigo no está verificando que su información sea correcta o verdadera.

*** Donde sea requerido: Favor de poner un círculo padre – madre o cónyuge

*** Documentos requeridos por ejemplo talonarios de cheques y su declaración de impuesto (si es requerido tiene que proveer copias). Nosotros no podemos regresar las originales.

*** La información de ingreso pedida es en bruto no en neto.

*** Si no tiene ingresos, explique quién paga por sus gastos.

*** Si está desempleado, explique cuánto usted recibe del desempleo.

*** Si está desempleado, explique la duración del desempleo y cuál fue su ingreso antes del desempleo.

*** Favor de completar los dos lados de la aplicación.

Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, favor de llamar a nuestro departamento de servicios al cliente al (239) 624-6400 o (800) 436-8454.

Gracias por su cooperación

See reverse side for English
Para Inglés vea el lado contrario