

SOLICITUD PARA
AYUDA ECONÓMICA/ ESCALA DE HONORARIOS MÓVIL

FECHA DE SOLICITUD	NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE
--------------------	---------------------	-------------------------------

FIADOR			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
			¿POR CUÁNTO TIEMPO?
NÚMERO DE TELÉFONO	ESTADO CIVIL	OTROS NOMBRES BAJO LOS CUALES USTED O SU CÓNYUGUE HAYA OBTENIDO CRÉDITO	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (SI DESEMPLEADO, ¿POR CUÁNTO TIEMPO?)			NÚMERO DE TRABAJO () -
POSICIÓN (TÍTULO)	FECHA EN QUE LO CONTRATARON	TASA DE PAGO TOTAL \$ _____ POR HORA O MES	
EMPLEADOR ANTERIOR (SI ES QUE TIENE MENOS DE UN AÑO CON EL EMPLEADOR)	POSICIÓN (TÍTULO)	FECHAS DE EMPLEO	

CÓNYUGUE			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (SI DESEMPLEADO, ¿POR CUÁNTO TIEMPO?)			NÚMERO DE TRABAJO () -
POSICIÓN (TÍTULO)	FECHA EN QUE LO CONTRATARON	TASA DE PAGO TOTAL \$ _____ POR HORA O MES	
EMPLEADOR ANTERIOR (SI ES QUE TIENE MENOS DE UN AÑO CON EL EMPLEADOR)	POSICIÓN (TÍTULO)	FECHAS DE EMPLEO	

OTROS MIEMBROS DE FAMILIA QUE VIVEN CON USTED				
NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE NO SÍ	SI AFIRMATIVO, ¿QUÉ CANTIDAD?
			CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE NO SÍ	
			CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE NO SÍ	
			CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE NO SÍ	
			CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE NO SÍ	
			CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE NO SÍ	

POR FAVOR LLENE EL LADO REVERSO

RECURSOS/INGRESO					
			FUENTE		INGRESO MENSUAL
EMPLEO (INGRESO BRUTO)					
EMPLEO DEL CÓNYUGUE (INGRESO BRUTO)					
TRABAJO POR CUENTA PROPIA					
SEGURO SOCIAL					
JUBILACIÓN/ PENSIÓN					
COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO					
L&I/ INCAPACIDAD					
ALQUILER					
MANUTENCIÓN DE NIÑOS					
MANUTENCIÓN CONYUGAL					
DIVIDENDOS					
INTERESES BANCARIOS					
			TOTAL		
DEUDAS Y GASTOS			BIENES Y ESTIMADO DEL VALOR ACTUAL		
DEUDAS/GASTOS	SALDO VIGENTE	PAGOS MENSUALES	BIENES	VALOR	CANTIDAD DEBIENTE
PAGO PROPUESTO			EFFECTIVO		
HIPOTECA/ALQUILER			CUENTA DE CHEQUERA		
COMIDA			CUENTA DE AHORROS		
UTILIDADES			SEGURO DE VIDA		
ROPA			ASEGURANZA MÉDICA		
VIAJES			VEHÍCULO AÑO		
MÉDICOS					
IMPUESTOS			VEHÍCULO AÑO		
PRÉSTAMOS					
ASEGURANZA			VIVIENDA ACTUAL		
GASTO DE TRABAJO			VEHÍCULO RECREACIONAL		
MISCELANEOS					
Otras obligaciones (tales como demandas pendientes o actuales, embargos, decomisos, costos de tribunal o incumplimientos de hipotecas).			BIENES RAÍCES		
			ACCIONES/ BONOS		
			BIENES DE NEGOCIOS		
			OTROS		
TOTAL				TOTAL	
Yo entiendo que la información que yo proporcione en relación a mi ingreso bruto anual está sometida a ser verificada. Yo entiendo también que si la información que yo proporcione resultara ser falsa, semejante determinación resultará en una negación para recibir ayuda económica. Yo soy responsable por los servicios proporcionados. Bajo pena de ley, yo certifico que la información es verídica y correcta hasta donde yo sepa.					
FIRMA DEL SOLICITANTE				FECHA	
FIRMA DEL CÓNYUGUE (SI ES APLICABLE)				FECHA	