

# Cuestionario de Evaluación de Necesidades Financieras



- A. **Nombre del solicitante** \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección actual \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código \_\_\_\_\_  
 Teléfono # \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Empleador del solicitante \_\_\_\_\_ Sueldo por hora \$ \_\_\_\_\_ # Horas por semana \_\_\_\_\_
- B. **Nombre del esposo/a** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Sueldo por hora \$ \_\_\_\_\_ # Horas por semana \_\_\_\_\_
- C. **Dependientes** (miembros de la familia de 17 años o menor en la casa) *Haga una lista de dependientes adicionales al lado reverso*  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- D. **Otros ingresos \$ (por mes)** \_\_\_\_\_ Pensión \$ \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_  
 Incapacidad \$ \_\_\_\_\_ Pensión Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos en total \$ (por mes) \_\_\_\_\_ Ahorros \$ \_\_\_\_\_ (el fuente) \_\_\_\_\_
- E. **Obligaciones Financieras \$ (por mes)**
- |                        | Pago     |  | Pago     |
|------------------------|----------|--|----------|
| Hipoteca/Renta:        | \$ _____ | Servicios (electricidad, agua, gas, teléfono):           | \$ _____ |
| Préstamo(s) para auto: | \$ _____ | Pagos de pensión alimenticia                             | \$ _____ |
| Tarjeta(s) de crédito: | \$ _____ | Otro (comida, combustible, cuidado de niños, ropa, etc.) | \$ _____ |
- F. **Está ud, comprando o ya posee bienes raíces (casa, terreno, tierra, edificio) o interés en parte de una propiedad?**  Sí  No Valor en total de las propiedades \$ \_\_\_\_\_  
 Deuda en total de hipotecas \$ \_\_\_\_\_ Recibe ingreso/renta de las propiedades? \_\_\_\_\_  
 Dirección de la propiedad \_\_\_\_\_

Entiendo la información que yo entrego en este cuestionario se usará para evaluar mi habilidad de pagar mi cuenta médica. Accedo cooperar con la Clínica Carilion para solicitar reembolso de algún seguro de salud disponible o programas médicos de pago. Entiendo que todo o una parte de mi deuda a Carilion se pueden reducir si califico abajo las pautas financieras actuales. Por la presente certifico que la información entregada en este cuestionario es correcta y exacta, y autorizo cualquier y todos partidos compartir cualquier información necesaria para confirmar la información en este cuestionario. Yo autorizo y accedo que Carilion puede obtener los informes del crédito con respecto a mí. A cambio de la consideración de Carilion de este solicitud, reafirmo que yo tengo todavía la responsabilidad financiera para las cuentas para cual he solicitado asistencia financiera.

Nombre (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Por favor, envíe el cuestionario a

**Carilion Clinic  
 CASB Suite 303  
 PO Box 40032  
 Roanoke, VA 24022-2085**