

Salud conductual de Davis
SOLICITUD DE AJUSTE FINANCIERO ESPECIAL

Fecha:

Nombre del cliente:

Nro. de cliente:

Instrucciones:

Para ser considerado para ajustes financieros especiales, este formulario debe completarse en su totalidad.

Adjunte toda la documentación que corresponda a su caso.

- Extracto bancario de dos meses si utiliza depósito directo.
- Copias o resúmenes del empleador de los recibos de sueldo (*de los tres meses anteriores*)
- Copias de todas las facturas que verifiquen los gastos mensuales
- Declaraciones de impuestos sobre la renta de dos años para quienes tienen un negocio propio
- Recomendación del proveedor

Solicitud del cliente

Nombre del responsable: _____		Estado civil: _____	
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Nro. de Seguro Social: _____	Fecha de nacimiento: _____	Nro. de teléfono: _____	
Nombre de la esposa: _____			

Miembros del hogar que dependen de mis ingresos

Nombre	Edad	Parentesco/relación	Nombre	Edad	Parentesco/relación

Activos *(se aceptan estimaciones razonables)*

Efectivo/cheques	USD	Ahorros	USD
------------------	-----	---------	-----

Información de ingresos mensuales *(todos los ingresos deben poder comprobarse)*

Ingresos obtenidos	Parte responsable	Cónyuge
Salario total o pensión <i>(después de deducciones)</i>	USD	USD
Seguro Social/Ingresos por Incapacidad	USD	USD
Pensión alimenticia/manutención infantil	USD	USD
Asistencia pública/bienestar social/cupones de alimentos	USD	USD
Otros <i>(enumérelos):</i>	USD	USD

Totales de ingresos mensuales [1] <i>solo para uso en el consultorio</i>	USD	USD
--	-----	-----

Pagos mensuales

Propiedad	Valor	Saldo adeudado	Pago mensual
Residencia: <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Propia	USD	USD	USD
Subtotal de pagos de propiedades [2] <i>solo para uso en el consultorio</i>	USD	USD	USD

Vehículos	Marca/Modelo	Año	Valor	Saldo adeudado	Pago mensual
Vehículo 1			USD	USD	USD
Vehículo 2			USD	USD	USD
Subtotal de pagos de vehículos [3] <i>solo para uso en el consultorio</i>			USD	USD	USD

Gastos Médicos (si necesita más líneas, adjunte una hoja aparte)

Hospital/Médico/Proveedor/Farmacia	Importe que pagará el seguro	Saldo adeudado	Pago mensual
	USD	USD	USD
	USD	USD	USD
	USD	USD	USD
Subtotal de pagos médicos [4] <i>solo para uso en el consultorio</i>	USD	USD	USD

Tarjetas de crédito/créditos rotativos/préstamos bancarios/alquiler de muebles (si necesita más líneas, adjunte en hoja separada)

Nombre del acreedor	Propósito del cargo	Saldo adeudado	Pago mensual
		USD	USD
		USD	USD
		USD	USD
Subtotal de créditos rotativos [5] <i>solo para uso en el consultorio</i>		USD	USD

Servicios

	Pago mensual		Pago mensual		Pago mensual
Combustible de calefacción	USD	Electricidad	USD	Agua/Basura	USD
Teléfono	USD	Televisión por cable	USD		USD

Otros gastos mensuales

	Pago mensual		Pago mensual
Alimentos	USD	Seguro de auto (por seis meses)	USD
Seguro médico (si no se deduce automáticamente del cheque de pago)	USD	Otros (<i>especifique</i>):	USD
Servicios públicos y otros gastos mensuales [6] <i>solo para uso en el consultorio</i>			USD

Este cuadro es solo para uso en el consultorio

Estado financiero mensual

<i>Ingresos totales [1]</i>		Otros pagos requeridos [5]	
<i>Alquiler/Vivienda [2]</i>		Otros gastos mensuales [6]	
<i>Gastos de vehículo [3]</i>		Gastos Totales [2+3+4+5+6 = 7]	
Gastos médicos mensuales [4]		Fondos gastables [1-7]	

Condiciones y comentarios del paciente

¿Alguna vez se declaró en quiebra? No Sí
En caso afirmativo, ¿se incluyó el DBH? No Sí

En caso afirmativo, Año: _____

¿Cuánto puede pagar cada mes por los servicios de tratamiento de DBH? USD _____

¿Cuánto más puede pagar cada mes por el saldo anterior de su cuenta? USD _____

¿Ha solicitado Medicaid y se le ha negado o se le ha declarado no elegible? Sí No
Explique su respuesta:

¿Ha pedido ayuda a su familia? Explique su respuesta: Sí No

¿Ha pedido ayuda a su clero/iglesia? Explique su respuesta: Sí No

Comentarios adicionales:

La información escrita en este formulario es verdadera y completa. Estoy entregando documentos adicionales para demostrar que la información del formulario está actualizada y es precisa. Sé que si la información que proporcioné no es verdadera o no está completa, no recibiré ayuda para mi cuenta y tendré que pagar todo mi saldo. Sé que completar este formulario no implica una promesa por parte de DBH de ayudarme con mi saldo.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha