



PERSONAL FINANCIAL HARDSHIP DISCLOSURE

<p>Patient Information:</p> <p>Patient's Name: _____ <small style="margin-left: 100px;">Last,</small> <small style="margin-left: 100px;">First</small> <small style="margin-left: 100px;">Middle</small></p> <p>Address: Number _____ City _____ State _____ Zipcode _____</p> <p>Phone: Home: (____) _____</p> <p>Mobile: (____) _____</p> <p>Pager: (____) _____</p>	<p>Patient's Information:</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security #: xxx/xx/____</p> <p>Employer: _____</p> <p>Work Phone #: _____</p> <p>Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Other</p> <p>Number of Claimed Dependents: _____ <small>(As claimed on Business or Personal Income Taxes)</small></p> <hr/> <p>Spouse Information:</p> <p>Spouse's Name: _____</p> <p>Social Security #: ____/____/____</p> <p>Employer: _____</p> <p>Work Phone #: _____</p>
--	---

Income Information:

Gross Household Income: _____ Banks: _____

Patient's Net Monthly Income: _____ Checking Account # _____ Balance: _____

Spouse's Net Monthly Income: _____ Savings Account # _____ Balance: _____

Other Income Miscellaneous: _____ Combined Retirement: Acct. Balance: _____

Source of Other Income: _____ Stock Value: _____

Please Furnish Copies of Last Year's Income Tax Returns & Last Month's Pay Stubs for All Earnings

Expenses (Monthly Amounts):

Rent/Mortgage: _____	Child Support/Care/Tuition: _____
Groceries: _____	Gas/Transportation Expense: _____
Utilities: _____	Health Ins. Premiums & Expenses: _____
Phone: _____	Life/Disability Insurance Premiums: _____
Cable/DSL: _____	Home Insurance & Main. Fees: _____
Auto Payments: _____	Credit Card Debit: _____
Auto Insurance: _____	Miscellaneous Expenses: _____

Credit Cards:	Companies	Balance	Monthly Payments	Limits
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Mortgage/Loans:	Lender	Balance	Monthly Payments	Limits
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Total Income: _____ (-) Total Expenses: _____ (=) Disposable Income: _____

Please Make Certain all Income and Expenses Are Listed on This Forms (Use Back, if Necessary)

Attestation of Accuracy & Truthfulness:

____ Initials. I the undersigned certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.

____ Initials. I understand the information submitted is subject to verification, therefore, I grant permission and authorize all of the above creditors/lenders/financial institutions, etc. to disclose to this facility, information as to my past and present accounts, practices, expenses and all other pertinent related information.

Signature	Date	Witness/Title
------------------	-------------	----------------------

DIVULGACIÓN DE DIFICULTADES FINANCIERAS PERSONALES

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: Móvil 1: (____) _____ Móvil 2: (____) _____

Información del paciente:

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: xxx/xx/_____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Estado civil: Casado Soltero Otro

Número de dependientes declarados: _____ (según se declare en los impuestos sobre la renta personal o empresarial)

Información del cónyuge(esposo/a):

Nombre del cónyuge: _____ Número de Seguro Social: ____/____/_____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información de ingresos:

Ingresos Brutos del Hogar: _____

Bancos:

Ingresos mensuales netos del paciente: _____

de cuenta corriente: _____ Saldo: _____

Ingresos mensuales netos del cónyuge: _____

de cuenta de ahorros _____ Saldo: _____

Otros ingresos Varios: _____

Jubilación combinada Saldo de cuenta: _____

Fuente de otros ingresos: _____

Valor de las acciones: _____

Por favor, proporcione copias de las declaraciones de impuestos sobre la renta del año pasado y los recibos de pago del mes pasado para todos los ingresos.

Gastos (Importes mensuales):

Alquiler/hipoteca: _____ Manutención/cuidado de los hijos/matricula: _____

Alimentos: _____ Gastos de gasolina/transporte: _____

Servicios públicos: _____ Primas y gastos del seguro médico: _____

Teléfono: _____ Primas de seguro de vida/discapacidad: _____

Cable/DSL: _____ Seguro de hogar y tarifas principales: _____

Pagos automáticos: _____ Tarjeta de crédito Débito: _____

Seguro de auto: _____ Gastos varios: _____

Tarjetas de crédito:

Nombre de la empresa Saldo Pagos mensuales Límites

Hipotecas/Préstamos:

Nombre del prestamista Saldo Pagos mensuales Límites

Ingresos totales: _____ (-) Gastos totales: _____ (=) Ingresos prescindibles: _____

Asegúrese de que todos los ingresos y gastos estén enumerados en estos formularios (utilice el reverso, si es necesario)

Certificación de exactitud y veracidad:

_____ Iniciales. Yo, el abajo firmante, certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

_____ Iniciales. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación, por lo tanto, otorgo permiso y autorizo a todos los acreedores/prestamistas/instituciones financieras, etc. antes mencionados a divulgar a este organismo información sobre mis cuentas pasadas y presentes, prácticas, gastos y toda otra información pertinente relacionada.

X

Firma

Fecha

Testigo/Título