** FORMULARIO DE EVALUACION FINANCIERA**

**NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_ \_SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: Código Postal: No. de Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONDADO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE DEL SUPERVISOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESPOSO (A):**  \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

**\*NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR DEL PACIENTE: \_\_\_\_ Tiene Seguro Dental? \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **VERIFICACION DE INGRESOS**    **Los siguientes documentos son requeridos para descuento de los servicios dentales** |

**Información del Paciente (o del Padre del Paciente) Información del Esposo (a) (o del Padre del Paciente)**

Últimos 3 Talones de Cheque Últimos 3 Talones de Cheque \_\_\_\_\_\_\_\_

Últimos 3 Estados de Banco Últimos 3 Estados de Cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verificación de la W-2 Verificación de la W-2 \_\_\_\_\_\_\_\_

Copia de la devolución de Impuestos Copia de la devolución de Impuestos \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Beneficios de Seguro Social Prueba de Beneficios de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Deseabilidad Prueba de Deseabilidad \_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Asistencia del Gobierno Prueba de Asistencia del Gobierno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARTA DEL DESEMPLEO CARTA DEL DESEMPLEO \_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación con foto \_\_\_\_Factura de Utilidad \_\_\_\_\_ Identificación con foto Factura de Utilidad \_\_\_\_

OTROS SALARIOS: OTROS SALARIOS:

(manutención de niño (a) o pensión alimenticia) (manutención de niño (a) o pensión alimenticia)\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEMBRO DEL HOGAR**  **NOMBRE** | **RELACION** | Edad | Empleador | Ingresos (circule uno) |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Anual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Annual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Annual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Annual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Anual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Anual |

**Yo certifico que el tamaño de mi hogar y la información de ingresos que proveí en la parte de arriba es correcta.**

**Yo entiendo que los cargos son calculados usando la escala de tarifa diferencial la cual genera mi responsabilidad**

**financiera basada en mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente o Tutor Fecha**

|  |
| --- |
| **Para uso de Oficina**  **Otros Ingresos/ Other Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INGRESOS DE LA FAMILIA/ Family Income Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ingresos Totales de la Familia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de la Selección Financiera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notificación del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del Seleccionado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |