

Shannon Medical Center Reporte Financiero

Informacion de Garante

Nombre _____ F/D/N _____ SS# _____ Posicion Marital _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ Telefono _____
 Nombre de Esposa _____ F/D/N de Esposa _____ SS# de Esposa _____

Informacion de Paciente

Nombre de Paciente _____ F/D/N _____ SS# _____ # de Cuenta _____

Dependiente

| Nombre de Dependiente | Relacion | F/D/N | Nombre de Dependiente | Relacion | F/D/N |
|-----------------------|----------|-------|-----------------------|----------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Informacion de Trabajo y Ingreso

Empleo de Garante _____ Ocupación _____
 Supervisor _____ Telefono _____ Quanto Tiempo _____
 Empleo de Esposa _____ Ocupación _____
 Supervisor _____ Telefono _____ Quanto Tiempo _____

Apunte todo el Ingreso: Fijar una Copia de Pruebas de su Ingreso

| Fuente | Cantidad | Verificar | Fuente | Cantidad | Verificar |
|--------|----------|-----------|--------|----------|-----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Informacion Financiero de Garante

Hogar: Renta Comprando Dueño Pago Mensual: \$ _____ Gastos mensualmente: Servicios publicos, cartas de credito, prestamos de auto, prestamos personales*

| Acreedor | Equilibrio | Pago Mensual | Acreedor | Equilibrio | Pago Mensual |
|----------|------------|--------------|----------|------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

*Si el total de los gastos es mas que su ingreso, por favor de explicar como los paga.

Firma de Solicitante

La informacion que a dado es verdad y preciso a mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____ Testigo _____
 (Firma de Solicitante) (Consejero del Paciente)