

# Shannon 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)