

Granville Health System
Hoja de trabajo de análisis financiero confidencial

Estimado paciente/garante:

Número de cuenta _____

GHS se compromete a trabajar con los pacientes para resolver las cuentas impagas. Sin embargo, necesitamos su cooperación para poder ayudarle. Nuestra Oficina Comercial utiliza la siguiente información para determinar si califica para nuestro programa de asistencia financiera médica o el establecimiento de un plan de pago para saldos de cuentas impagas.

Si tiene alguna pregunta o desea nuestra ayuda para completar este formulario, no dude en comunicarse con nosotros al 919-690-3239.

Gracias por elegir Granville Health System para sus necesidades de atención médica.

INFORMACIÓN DEL GARANTE	<i>NOMBRE</i>		<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>		<i>TELÉFONO DEL HOGAR</i>		
	<i>DIRECCIÓN</i>				<i>CONDADO</i>		
	<i>NOMBRE DEL EMPLEADOR</i>		<i>TELÉFONO DEL EMPLEADOR</i>		<i>PROFESIÓN/TÍTULO</i>		<i>N.º DE SEGURO SOCIAL</i>
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE	<i>NOMBRE</i>		<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>		<i>TELÉFONO DEL HOGAR</i>		
	<i>DIRECCIÓN</i>				<i>CONDADO</i>		
	<i>NOMBRE DEL EMPLEADOR</i>		<i>TELÉFONO DEL EMPLEADOR</i>		<i>PROFESIÓN/TÍTULO</i>		<i>N.º DE SEGURO SOCIAL</i>
OTRA INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES	<i>NOMBRE</i>		<i>RELACIÓN CON EL PACIENTE</i>		<i>EDAD</i>		
INGRESOS							
<i>Salario bruto</i>				SOLO PARA USO DE LA OFICINA			
<i>Salario bruto del cónyuge</i>							
<i>Dividendos e intereses</i>							
<i>Ingresos por alquiler</i>							
<i>Ingresos del seguro social/pensión/discapacidad</i>							
<i>Ingresos por trabajo independiente</i>							
<i>Beneficios de desempleo</i>							
<i>Manutención de niños/pensión alimenticia</i>							
<i>Otros (especifique)</i>							
INGRESOS MENSUALES TOTALES							
ACTIVOS							
CUENTA(S) CORRIENTE(S)	<i>Nombre y ubicación del banco</i>		<i>Saldo de la cuenta</i>	CUENTA(S) DE AHORRO	<i>Nombre y ubicación del banco</i>		<i>Saldo de la cuenta</i>
CUENTA PERSONAL DE JUBILACIÓN (IRA) O 401 K							
CERTIFICADOS DE DEPÓSITO (CD)							
ACCIONES Y BONOS							

OTROS ACTIVOS/PAGOS	VALOR	SALDO ADEUDADO	PAGOS	OTROS ACTIVOS/PAGOS			
VALOR DEL HOGAR				VEHÍCULO 1	Año	Marca	Modelo
				PAGOS	VALOR	SALDO ADEUDADO	
				VEHÍCULO 2	Año	Marca	Modelo
				PAGOS	VALOR	SALDO ADEUDADO	
OTROS INMUEBLES				DIRECCIÓN			CONDADO
GASTOS MENSUALES DEL HOGAR Enumere los gastos mensuales del hogar				TARJETAS DE CRÉDITO		PAGOS	SALDO ADEUDADO
				PRÉSTAMOS		PAGOS	SALDO ADEUDADO
				TOTAL DE GASTOS MENSUALES DEL HOGAR			

Entiendo que al completar esta solicitud, solicito que Granville Health System me proporcione arreglos de pago extendido y, como tal, autorizo a Granville Health System a verificar cualquier información provista en este formulario, así como a verificar mi información de crédito por medio de una consulta con una agencia de informes crediticios. Además, certifico que toda la información que proporcioné es correcta y que el no proporcionar información correcta y veraz puede resultar en la denegación de mi solicitud.

FIRMA DEL GARANTE/PACIENTE	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA