

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DE LA CUENTA			
Fecha de la visita:		Lugar de la visita:	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		INFORMACIÓN DEL AVALISTA/CÓNYUGE	
Número de cuenta:		Relación con el paciente:	
Nombre del paciente:		Nombre:	
SSN del paciente:		SSN:	
DOB del paciente:		DOB:	
Teléfono del paciente:		Teléfono:	
Dirección del paciente:		Dirección del avalista/ cónyuge:	
Empleador del paciente:		Empleador:	
Ocupación:		Ocupación:	
Teléfono de trabajo:		Teléfono de trabajo:	

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR			
Miembro del grupo familiar (cónyuge o dependientes menores de 19 años)	Edad	SSN	Relación con el paciente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

INGRESOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR				
FUENTE	PROPIO PACIENTE	CÓNYUGE	OTRO*	TOTAL
Ingresos por empleo/empleo por cuenta propia				
Jubilación/pensión/seguro social				
Sin empleo/compensación de trabajadores/discapacidad				
Ingresos por dividendos/intereses/alquiler				
Manutención infantil/pensión alimenticia				
Otros ingresos (describa abajo)				
Total de ingresos brutos mensuales				
Ingresos anuales= (A x 12)				
Ajustes de ingresos anuales (describa)				

A
B

*Incluya información de todas las personas del grupo familiar que perciben un salario. Adjunte más páginas si es necesario.

Total de ajustes de ingresos anuales					C
Ingresos anuales con ajustes= (B + C)					D

ACTIVOS*

Nombre del banco	N.º de cuenta	Cheques/ahorros	Saldo actual	
				E
				E
				E

Acciones, certificados de depósito u otras inversiones	N.º de cuenta	Tipo de inversión	Saldo actual	
				E

Seguro de vida o plan funerario	Cantidad de la póliza	Tipo	Valor en efectivo	
				E

Casa (residencia principal)	Valor de mercado	Saldo de hipoteca/préstamo	Valor del patrimonio	
				E

Otros bienes (como vehículos, embarcaciones, equipo, propiedad en alquiler, terreno, etc..).	Valor de mercado	Saldo de préstamo	Valor patrimonial	
				E
				E
				E

Total de activo= (suma de E)				F
-------------------------------------	--	--	--	---

Total de recursos del grupo familiar= (D + F)			
--	--	--	--

OBSERVACIONES/DESCRIPCIONES: _____

Certifico que toda la información en esta solicitud es correcta y está completa a mi leal y saber entender. Entiendo y acepto que, si JSMC descubre que hice declaraciones falsas en esta solicitud, puede iniciar acciones legales contra mí para recuperar los costos de los servicios y honorarios del abogado. Autorizo que JSMC consiga un reporte de consumidor, incluyendo un reporte de crédito, sobre mí y entiendo que si se usa para tomar una decisión adversa en cuanto a mi solicitud, JSMC me dará una copia del reporte y me darán una descripción por escrito de mis derechos bajo la Ley Federal de Informe Justo de Crédito.

Firma del solicitante:		Fecha:	
Nombre de la persona que completa el formulario:		Relación con el paciente:	
Firma del asesor financiero:		Fecha:	

*Incluya información de todas las personas del grupo familiar que perciben un salario. Adjunte más páginas si es necesario.