

GOOD SHEPHERD
850 South 5th Street
Allentown, PA 18103
SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

NOMBRE DEL PACIENTE		NÚMERO DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE			
NRO. DEL SEGURO SOCIAL	NRO. DE TELÉFONO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL GARANTE			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN A

OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	
NOMBRE/RELACIÓN	EDAD
INGRESOS MENSUALES:	FUENTE DE INGRESOS:
\$ _____	_____ (GARANTE)
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____ TOTAL	

SECCIÓN B

GASTOS MENSUALES	
RENTA	\$ _____
HIPOTECA	\$ _____
OTROS GASTOS DE ALIMENTACIÓN	\$ _____
ENERGÍA ELÉCTRICA	\$ _____
GAS	\$ _____
CALEFACCIÓN	\$ _____
TELÉFONO	\$ _____
CABLE	\$ _____
RECOLECCIÓN DE	\$ _____
OTRO	\$ _____
OTRO	\$ _____
OTRO	\$ _____
OTRO	\$ _____
TOTAL	\$ _____

SECCIÓN C

OTROS GASTOS	
VESTIMENTA	\$ _____
TRANSPORTE	\$ _____
(Autobús, tren, etc.)	\$ _____
ESCUELA	\$ _____
DONACIONES	\$ _____
TOTAL	\$ _____

SECCIÓN D

SEGURO	
AUTOMÓVIL	\$ _____
VIVIENDA	\$ _____
MEDICO	\$ _____
VIDA	\$ _____
TOTAL	\$ _____

SECCIÓN E

TARJETAS DE CRÉDITO			
NOMBRE	SALDO ACTUAL	LINEA DE CREDITO	PAGO MENSUAL
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

SECCIÓN F

OTROS ACTIVOS	
Vivienda propia: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Otros bienes inmuebles:
Valor aproximado de la vivienda:	Valor aproximado de los otros bienes inmuebles:
Saldo que se adeuda de la hipoteca:	

SECCIÓN G

PRÉSTAMOS			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SALDO ORIGINAL	SALDO ACTUAL	PAGO MENSUAL
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
		TOTAL	\$

SECCIÓN H

FACTURAS MÉDICAS	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO	PAGO MENSUAL
	\$
	\$
	\$
	\$
	TOTAL

RESUMEN			
CAJA DE AHORROS (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN A	\$
		SECCIÓN B	\$
		SECCIÓN C	\$
CUENTA CORRIENTE (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN D	\$
		SECCIÓN E	\$
		SECCIÓN F	\$
FONDOS COMUNES DE INVERSIÓN (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN G	\$
		SECCIÓN H	\$
FONDOS DEL MERCADO MONETARIO (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN B a H	\$
		INGRESO DISPONIBLE TOTAL	
PÓLIZA DE SEGURO (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	(B a H MENOS A)	\$

PROPUESTA		
	APROBACIÓN	FECHA
CONTRATO DE PAGO EN CUOTAS	PERSONAL DE CUENTAS DE PACIENTES/ACCESO DE PACIENTES	
SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA	DIRECTOR DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
ATENCIÓN DE CARIDAD	VICEPRESIDENTE DE FINANZAS SÉNIOR/DIRECTOR FINANCIERO	
	PRESIDENTE	

FIRMA _____

FECHA _____

Nro. de fax: 610-778-9272