



**MediCorp Health System, Inc.
Estado financiero**

Fecha:
Paciente:
de cuenta:

La información en este formulario se solicita para darle consideración completa a su petición de crédito para un acuerdo de pago extendido. Se mantendrá la confidencialidad de esta información, la cual se podrá utilizar para ayudarle a recibir asistencia financiera. Por favor complete el formulario y entréguelo en un plazo de diez días. Gracias.

INFORMACIÓN PERSONAL:

ASPIRANTE	CO-ASPIRANTE
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
# de Seguro Social:	# de Seguro Social:
Empleado:	Empleado:
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono (trabajo):	Número de teléfono (trabajo):
Edades de niños menores:	Edades de niños menores:

INGRESO MENSUAL BRUTO

ASPIRANTE	CO-ASPIRANTE
Salario:	Salario:
Incapacidad:	Incapacidad:
Seguro Social:	Seguro Social:
Desempleo:	Desempleo:
Ayuda para niños:	Ayuda para niños:
Otros ingresos:	Otros ingresos:
Ingreso Bruto Total:	Ingreso Bruto Total:

GASTOS MENSUALES

INFORMACIÓN BANCARIA

Renta/Hipoteca:	# de cuenta:
Utilidades:	Saldo:
Pagos de préstamos:	Banco:
Pagos de automóvil:	
Comida:	# de cuenta de ahorros:
Cuidado de hijos:	Saldo:
Seguros:	Banco:
Atención médica:	
Tarjetas de crédito:	# de otra cuenta:
Otros gastos (debe incluir una lista):	Saldo:
	Banco:
	** Debe incluir un comprobante de pago o la declaración de impuestos del año pasado.
Gastos mensuales totales:	

INFORMACIÓN DE AUTOMÓVILES**INFORMACIÓN DE PROPIEDADES INMOBILIARIAS**

Marca y modelo:	Lugar:
Año:	Encargado de la hipoteca:
Encargado de la prenda:	Valor determinado:
Dinero adeudado en préstamo:	Dinero adeudado en hipoteca:
	Capital total:
Marca y modelo:	
Año:	Lugar:
Encargado de la prenda:	Encargado de la hipoteca:
Dinero adeudado en préstamo:	Valor determinado:
	Dinero adeudado en hipoteca:
Marca y modelo:	Capital total:
Año:	
Encargado de la prenda:	
Dinero adeudado en préstamo:	

Mi firma debajo indica que la información declarada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Aspirante

Fecha:

Co-Aspirante

Fecha:

******No escriba debajo de esta línea - Solamente para uso de la oficina ******

Account Balance:	CBR Attached
Terms Agreed Upon:	Annual Household Income:
Payments Remaining:	Family Size:
Account Rep:	
Approved By:	Rejected By:
Date:	Reason: