

Numero de Paciente/ Cuenta:		Nombre de Paciente:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de Teléfono del contacto:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre de Persona Responsable/Padre/Guardián:	Nombre de Cónyuge/O Madre:		
Nombres y Edades de Niños Dependientes:			
Información de Ingresos			
Patrón (Empleador) de Persona Responsable de Cuenta:	Fecha de Comienzo:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	
Ingreso Bruto Mensual: \$	Ingreso Neto (el que lleva a casa): \$	Ingreso Bruto Anual: \$	
Cónyuge/Otro Padre Patrón (Empleador) :	Fecha de Comienzo:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	
Ingreso Bruto Mensual: \$	Ingreso Neto (el que lleva a casa): \$	Ingreso Bruto Anual: \$	
Sustento de Menores: \$	Desempleo: Mensual: \$	Fecha de Comienzo:	Pensión: \$
Incapacidad\SSI: Mensual: \$	Balance de HRA/HSA: \$	Otros Ingresos:	
Ingreso Total: \$	Ingreso Bruto Total Mensual: \$	Ingreso Neto Total Mensual (el que lleva a casa):\$	
Información Adicional:			

Gastos Mensuales Fijos/Bienes								
Pagados A	Para	Cuanto Debe	Pago Mensual	Pagado A	Para	Cuanto Debe	Pago Mensual	Otros Bienes
Medico		\$	\$	Sustento de Menores / Manutención		\$	\$	De Cheques \$
Medico		\$	\$	Matrícula Escolar		\$	\$	Nombre de Banco
Seguro - Auto		\$	\$	Teléfono/Cable/Internet		\$	\$	De Ahorros \$
Hipoteca/Alquiler		\$	\$	Comida/Comestibles		N/A	\$	Nombre de Banco
Marca/Modelo de Auto		\$	\$	Medicamentos		N/A	\$	Acciones/Bonos/Fondos de Retiro: \$
Marca/Modelo de Auto		\$	\$	Utilidades		\$	\$	Otros Bienes:
Prestamos-Suma Total		\$	\$	Gas/Auto		N/A	\$	
Cuido de Niños		\$	\$	Otros Gastos		\$	\$	
¿Ha solicitado asistencia médica del estado o condado?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que solicita:								
Si sus gastos mensuales son mayores que sus ingresos, por favor explique cómo paga sus deudas mensuales:								

PRUEBA DE INGRESOS: Con el fin de procesar su solicitud, una copia de toda la información siguiente debe acompañar a su solicitud:

- Copia de estados de cuenta bancarias actuales
- Copia de la Declaración de Impuesto Federal (año en curso), incluyendo todos los horarios
- Si tiene menores de 19 años, debe solicitar Medicaid y proveer fecha de aplicación, si es negada, debe proveer carta de denegación.
- Prueba de que es estudiante a tiempo completo
- Copia de prueba de todos los ingresos del hogar, incluyendo: Los dos últimos talones de pago, la determinación de desempleo, sustento de menores, las pensiones y o SSI.

Yo reconozco que la información dada a Boys Town National Research Hospital es cierta y correcta al mejor de mi conocimiento. Autorizo a Boys Town National Research Hospital a verificar cualquier o toda la información dada y a obtener un reporte de crédito de los consumidores cuando se considere necesario.

Firma de Paciente/ Persona Responsable de la cuenta: _____ Fecha: _____

Envíe formulario y sus anexos a: **Boys Town National Research Hospital, Atención: Financial Counselor 1941 So 42nd St - Suite 380, Omaha, NE 68105** or email to ptfinancialservices@boystown.org or fax to 402-280-8103

Last Updated 09/11/2017

Para cualquier pregunta, por favor Póngase en contacto con nuestro consejero financiero a 402-280-8100 o email ptfinancialservices@boystown.org