



EVALUACIÓN FINANCIERA

Información general

N.º de cuenta _____ Por favor, marque el establecimiento que corresponda

- Clovis Community Medical Center (CCMC)
- Community Regional Medical Center (CRMC)
- Fresno Heart & Surgical Center (FHSB)

Nombre del paciente _____ Nombre del garante _____

Nombre del cónyuge _____

Domicilio particular _____ Pago mensual _____

- Alquiler
- Compra

Garante

Fecha de nacimiento _____ N.º de licencia de conducir _____

N.º de Seguro Social ____ - ____ - ____

Empleador _____ Departamento/Puesto _____

Salario bruto _____ Manutención de niños _____ Seguro Social _____

Pensión _____ Asistencia social (*Welfare*) _____ Desempleo _____

Discapacidad _____ Pensión alimenticia _____ Intereses/Dividendos _____

Rentas recibidas _____ Otros _____

Cónyuge

Fecha de nacimiento _____ N.º de licencia de conducir _____

N.º de Seguro Social ____ - ____ - ____

Empleador _____ Departamento/Puesto _____

Salario bruto _____ Manutención de niños _____ Seguro Social _____

Pensión _____ Asistencia social (*Welfare*) _____ Desempleo _____

Discapacidad _____ Pensión alimenticia _____ Intereses/Dividendos _____

Rentas recibidas _____ Otros _____

¿En qué banco opera? _____ Sede, ciudad _____

Cuenta de cheques

Caja de ahorros

Ingresos brutos según lo informado al IRS el año pasado _____

Cantidad de dependientes menores de 18 años que viven con usted _____

¿Mantiene a alguna persona mayor de 18 años? No Sí (Por favor, explicar)

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE TODAS LAS MANIFESTACIONES CONTENIDAS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTAS Y FIDEDIGNAS, Y QUE COMPRENDO QUE COMMUNITY MEDICAL CENTERS SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICARLAS.

Firma del garante _____ Fecha _____