



APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gastos esenciales mensuales de mantenimiento	Paciente	Cónyuge	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos inmobiliarios	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimentaria/ manutención	\$	\$	\$
Préstamo automotriz / pago de alquiler	\$	\$	\$
Educación (matrícula universitaria / escolar)	\$	\$	\$
Alimentos	\$	\$	\$
Seguros (hogar/automóvil)	\$	\$	\$
Cuidado infantil (dependientes)	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$

Deudas médicas (Saldo total que debe)	Paciente	Cónyuge	Total
Deuda médica pendiente (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas médicas	\$	\$	\$
Deudas médicas totales	\$	\$	\$

Activos (Excluir cuentas de jubilación)	Paciente	Cónyuge	Total
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario / de corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Activos totales	\$	\$	\$

Mediante mi firma de esta solicitud, acepto que Cedars-Sinai verifique mi empleo y solicite una historia de crédito.

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)