



Norwegian American Hospital
1044 N. Francisco Avenue
Chicago, IL 60622

Paciente/Estado Financiero del Garante

INSTRUCCIONES: Favor de completar toda la información en la siguiente aplicación. Envíe este estado de cuentas de regreso a el hospital con los siguientes documentos, el último estado de cuenta bancario, el último recibo de renta, los últimos recibos de pagos de utilidades, sus **ULTIMOS TALONARIOS DE CHEQUE Y SU ULTIMA PLANILLA DE IMPUESTOS.** Si alguien provee alojamiento o le esta ayudando a pagar sus cuentas. Se necesitaría una carta de sustento junto con su estado financiero.

Número de Cuenta _____

Nombre del Garantizador _____

Nombre del Paciente _____

Dirección _____

Número Telefónico _____ Número Alterno _____

Número de miembros en la familia _____

Ingreso Total _____

Renta/Hipoteca _____

Luz Eléctrica _____ Agua _____ Gas _____

Basura _____ Teléfono _____

Préstamo de Auto _____ Seguro de Auto _____

Cuentas Médicas _____ Seguro Médico _____

Tarjetas de Crédito _____

Alimentos _____

Total de Cuentas Mensuales\$ _____



Favor de marcar Si o No:

Casa Propia Si () No () Valor es \$ _____

2da Propiedad de Casa Si () No () Valor es \$ _____

Póliza Seguro de Vida Si () No () Valor en efectivo \$ _____

Cuenta bancaria de cheques Si () No () Balance \$ _____

Cuenta bancaria de ahorros Si () No () Balance \$ _____

Dinero en la Bolsa de Valores, Bonos, Cuentas de CD, IRA, Acciones Si () No ()

Dinero en efectivo \$ _____

Autos Si () No ()

Año _____ Marca _____ Modelo _____

Año _____ Marca _____ Modelo _____

Entiendo que si he dado información falsa o intencionalmente fallo en mencionar información, la asistencia financiera del hospital puede ser negada.

Nota: Si fallo en proveer los documentos requeridos durante los próximos 21 días, puede resultar en demoras en el proceso o negación a su pedido. Por lo mismo su cuenta será cobrada por el proceso normal.

Firma _____ Fecha _____