

Nombre del paciente: _____
 Número de cuenta: _____

**CENTRO MÉDICO
 UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA, DAVIS**
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

SECCIÓN I INFORMACIÓN DE FAMILIA/AVAL

Número total en la familia: _____
 No. de dependientes menores de 21 años: _____
 Nombre de aval y relación con el paciente: _____

Ciudadanía del paciente: _____
 N° de sección. _____ Fechas de estado: _____ N° de amnistía: _____
 Residente en centro de convalecencia: Sí ___ No ___
 Discapacitado: Sí ___ No ___
 Embarazada: Sí ___ No ___
 Legalmente ciego: Sí ___ No ___
 Solicitud pendiente de discapacidad del Seguro Social (SSI/SSP) Sí ___ No ___
 Víctima de crimen Sí ___ No ___

SECCIÓN II INGRESO MENSUAL EN BRUTO

CANTIDAD

INGRESOS GANADOS (SALARIO, SUELDO, PROPINAS, ETC.)
 Rodee con un círculo uno o más
 Paciente/Padre \$ _____
 Cónyuge/Madre/Otro (Especifique) \$ _____

INGRESOS NO GANADOS
 Marque todo lo que corresponda
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Jubilación \$ _____
 Asistencia general \$ _____
 Otro (Rodee con un círculo lo que aplique) \$ _____
 Seguro de Desempleo Beneficios de Veteranos
 Seguro Social Compensación para Trabajadores
 Manutención infantil Pensión alimenticia
 Dividendos Intereses
 Préstamos Ingresos de propiedades

INGRESOS TOTALES \$ _____
 ¿Le dan familiares/amigos casa y comida? Sí ___ No ___

SECCIÓN III BIENES LÍQUIDOS

N° de cuenta de cheques: _____
 Nombre de banco/cooperativa de ahorros y crédito _____ \$ _____
 Sucursal: _____
 N° de cuenta de ahorros _____
 Nombre de banco/cooperativa de ahorros y crédito _____ \$ _____
 Sucursal: _____
 Valores/acciones/bonos/valor en efectivo de seguro/reembolsos de impuestos/etc.
 (Especifique) _____ \$ _____
TOTAL DE BIENES LÍQUIDOS \$ _____

SECCIÓN IV BIENES NO LÍQUIDOS

Todos los vehículos de su propiedad (Rodee con un círculo lo que aplique)

	Marca	Año	Cantidad que debe	Pago mensual	Valor
1 ^{er} auto	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 ^o auto	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Camión/moto	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Barco/Remolque/RV	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Total (excluya 1^{er} vehículo) \$ _____ \$ _____ \$ _____
 ¿Es dueño de casa o alquila? Dueño ___ Alquilo ___
 ¿Tiene otra propiedad aparte de la casa? Sí ___ No ___
 Dirección/ubicación: _____

	Valor	Cantidad que debe	Capital
Otra propiedad	\$ _____	\$ _____	\$ _____

 Sume total del valor del vehículo más otro capital de propiedades = **TOTAL DE BIENES NO LÍQUIDOS** \$ _____

SECCIÓN V GASTOS MENSUALES

	CANTIDAD TOTAL QUE DEBE	PAGO o GASTO MENSUAL
Pensión alimenticia o manutención infantil (si no se reclama a un niño como dependiente)	\$ _____	\$ _____
Costos de guardería para niños (para padres que trabajan)	\$ _____	\$ _____
Costo de primas de seguro médico	\$ _____	\$ _____
Gastos de trabajo (\$75 por persona que trabaja)	\$ _____	\$ _____
Subtotal de gastos	\$ _____	\$ _____
Pagos totales de vehículos de la Sección IV	\$ _____	\$ _____
Total de gastos médicos o dentales (incluido UCDCM)	\$ _____	\$ _____
Cuentas de cargos/préstamos/tarjetas de crédito		
Nombre: _____	\$ _____	\$ _____
Nombre: _____	\$ _____	\$ _____
Nombre: _____	\$ _____	\$ _____
Mastercard Límite	\$ _____	\$ _____
Visa Límite	\$ _____	\$ _____
Subtotal	\$ _____	\$ _____
GASTOS TOTALES	\$ _____	\$ _____

Comentarios: _____

FINALIDAD: La finalidad de esta información es determinar su capacidad para pagar los servicios en UCDCM o su posible elegibilidad para un programa de asistencia médica. Esta información **NO** es una solicitud para Medi-Cal, para el Programa de Servicios a Indigentes desde el Punto de Vista Médico del Condado de Sacramento ni para ningún otro programa de asistencia del condado. **USTED TIENE QUE COMUNICARSE AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES EN SU CONDADO DE RESIDENCIA PARA SOLICITAR SERVICIOS DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA.**

Certifico que la información anterior es correcta y completa. Entiendo que el hospital se reserva el derecho a verificar toda la información proporcionada. Accedo a notificar al Departamento de Atención al Cliente de Facturación al Paciente de UCDCM al (916) 734-9200 sobre cualquier cambio en mi información financiera en un plazo de 10 días a partir del cambio. **ENTIENDO QUE SIGO SIENDO RESPONSABLE DE LA CANTIDAD TOTAL DE MIS CARGOS EN UCDCM.**

Firma del paciente o de la parte responsable

Testigo/traductor (Exención de responsabilidad del traductor)

Fecha

Representante del hospital