

**HALIFAX HEALTH**  
303 N. Clyde Morris Blvd., Daytona Beach, FL 32114  
1041 Dunlawton Ave., Port Orange, FL 32127

Patient Name  
Adm. Date  
Date of Birth  
MR #

Dr.  
Age

Visit #

# DECLARACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TRABAJADOR INDEPENDIENTE (indique uno):  SI  NO

INGRESO ANUAL BRUTO DEL NEGOCIO (si es trabajador independiente): \$ \_\_\_\_\_

INGRESO ANUAL NETO DEL NEGOCIO: \$ \_\_\_\_\_

FAMILIAR MÁS CERCANO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_ TOTAL DE DEPENDIENTES: \_\_\_\_\_

## INGRESO PERSONAL BRUTO

(Por favor incluya copias de los formularios de impuestos W-2 más recientes de todos sus empleos): \$ \_\_\_\_\_

\*INGRESO MENSUAL BRUTO ACTUAL (Por favor incluya copia de su comprobante de pago más reciente): \$ \_\_\_\_\_

TOTAL DE INGRESO NETO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU BANCO: \_\_\_\_\_

BALANCE EN CUENTA DE CHEQUES: \$ \_\_\_\_\_ BALANCE EN CUENTA DE AHORROS: \$ \_\_\_\_\_

**\*\* Para tener posibilidad de que esta solicitud sea considerada, DEBE incluir con esta Declaración Financiera un resumen bancario de todas las cuentas de cheques, de ahorros, y/o de inversiones con detalles de transacciones.**

OTROS RECURSOS / INGRESOS: \$ \_\_\_\_\_ (Tipo de ingreso: semanal, mensual, trimestral, semestral, anual)

(Ejemplo: acciones, bonos, 401k, ingresos de alquileres/propiedades, etc.)

POR FAVOR INDIQUE DE QUÉ TIPO SON ESOS RECURSOS / INGRESOS: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**EN LA SIGUIENTE PÁGINA POR FAVOR ENUMERE SU(S) PAGO(S) MENSUALES  
Y EL/LOS BALANCE(S) QUE AÚN DEBE EN ESOS GASTOS**

# DECLARACIÓN FINANCIERA

(Continúa)

GASTOS MENSUALES:	PAGO:	BALANCE A PAGAR:
ALQUILER / MENSUALIDAD DE CASA (circule el que corresponda):	\$ _____	\$ _____
AUTOMÓVIL (si es alquilado o financiado):	\$ _____	\$ _____
GAS / AGUA / ELECTRICIDAD:	\$ _____	\$ _____
PRÉSTAMOS:	\$ _____	\$ _____
TARJETAS DE CRÉDITO:	\$ _____	\$ _____
SEGURO (de automóvil / casa):	\$ _____	\$ _____
MANUTENCIÓN DE HIJOS / PENSIÓN ALIMENTICIA:	\$ _____	\$ _____
CUIDADO DE NIÑOS:	\$ _____	\$ _____
ALIMENTOS:	\$ _____	\$ _____
ROPA:	\$ _____	\$ _____
TRANSPORTE:	\$ _____	\$ _____
OTROS GASTOS MÉDICOS:	\$ _____	\$ _____
OTROS GASTOS:	\$ _____	\$ _____
<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

**\*\* Por favor incluya copias de todos los recibos de sus deudas y comprobantes de pagos para los gastos enumerados arriba (por ejemplo: cheques cancelados, giros postales, resúmenes de bancos, todo lo que refleje pagos y balances a pagar, recibos de gas, agua, electricidad, etc.) No entregar esta documentación adicional hará que su solicitud no sea considerada.**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN FINAL

Yo, el firmante, siendo responsable por el solicitante nombrado, por la presente, juro que la información contenida en este documento es veraz y correcta. Por la presente juro que no estoy en condiciones de pagar el total de mis cuentas médicas en un solo pago y estoy solicitando pago en mensualidades hasta que la deuda quede saldada. Por lo tanto, doy permiso y autorizo a mi banco, asociación de mi edificio, compañía de seguro, compañía de bienes raíces, institución financiera y acreedores de cualquier clase a compartir con cualquier representante autorizado por Halifax Health de Daytona Beach, Florida, información en cuanto a mis cuentas bancarias actuales y pasadas, pólizas de seguro, propiedad, situación crediticia, aplicaciones de crédito y toda información pertinente que se relacione. Yo autorizo que esta información sea compartida con todos los proveedores que participan en los programas de Halifax Health, si es que soy aceptado. Entiendo que proveer información fraudulenta para defraudar a un hospital con el fin de obtener productos o servicios, es un delito menor de segundo grado castigado bajo la ley del Estatuto de Florida 817.50. QUIENES VIOLAN ESTA LEY SERAN PROCESADOS Y PENADOS.

FECHA

FECHA

IMPRIMA NOMBRE

TESTIGO – IMPRIMA NOMBRE

FIRMA

FIRMA DEL TESTIGO