



DECLARACION FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION DE FIADOR

Nombre del Fiador: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono del Trabajo: _____

Número de dependientes que ha declarado en su declaración de impuestos mas reciente: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Seguro Social: _____

INGRESOS

Los ingresos anuales brutos de la casa: Favor de incluir los ingresos de todos los miembros que viven en la misma casa y todas las formas de ingresos (el trabajo, la pensión, la manutención de hijos, los dividendos, etc.) \$ _____

Otra causa de recursos financieros (acciones, los ahorros, la herencia, etc.) \$ _____

FIJACIONES

Favor de incluir: La más reciente forma de Income Tax y/o W-2 y Los talonarios más recientes de cheque.

VARIADO

Incluya por favor cualquier otra información financiera que seria de la importancia en consideración a su petición para un honorario reducido: _____

Atestigo que la información revelada es verdad y refleja exactamente mi situación financiera actual. Atestigo aun más que yo no tengo beneficios mentales de salud por cualquier plan de seguro para el tratamiento que recibo en Meier Clinic®. Autorizo que Meier Clinic® obtenga reportes de crédito u otra confirmación financiera como crean necesario para verificar la necesidad financiera. Si mi estatus financiero cambia u obtengo cobertura, yo notificare a Meier Clinic® inmediatamente. Reconozco aun más que debo actualizar mi información cada seis meses para consideración de servicios reducidos y continuados de honorario.

Firma del fiador: _____ Fecha: _____

Rev. 11/2017

MC STAFF USE ONLY

Location/Program: _____

Acct. #: _____

Amount Approved

Reviewed by: _____

Date: _____

\$ _____