 ESTADOS FINANCIEROS

Consumidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ciudad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ciudad/código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LifeStream Behavioral Center es una privada, organización sin fines de lucro que recibe algunos fondos de estado para complementar los gastos de funcionamiento. Sin embargo, sólo una parte de nuestro presupuesto está cubierta por estos fondos, por lo tanto, dependemos sobre las tarifas al consumidor. El consumidor es responsable por el importe total de la factura del hospital. Si usted es indigente o con un ingreso limitado, seamos capaces de trabajar con usted para diferir el pago en un calendario de pagos o realizar un ajuste en la factura del hospital según las pautas federales de pobreza.

Lista de los miembros del hogar que son financieramente dependientes de usted (incluyendo usted y su cónyuge). Hacer la lista quien es más de 18 años de edad **UNLESS** son financieramente dependientes de usted o que están deshabilitadas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **EDAD** | **RELACIÓN** | **LUGAR DE TRABAJO** | **INGRESOS** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Tienes**? Seguros Medicare Medicaid/Medipass **número de dependientes**: \_\_\_

**Estados financieros debido(**Incluye acciones civiles de la COMP de los trabajadores, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otros ingresos**:  AFDC $\_\_\_\_\_\_\_  discapacidad $\_\_\_\_\_\_\_

Manutención de $\_\_\_\_\_\_\_  Seg. soc. $\_\_\_\_\_\_\_

Cupones de alimentos $\_\_\_\_\_\_\_  Caridad $\_\_\_\_\_\_\_

Ahorro $\_\_\_\_\_\_\_  Comprobación de $\_\_\_\_\_\_\_

**Hace familia propia**: Inicio Mobil-Home pago mensual $\_\_\_\_\_\_\_ pagado: sí No

Valor del propiedad $\_\_\_\_ pago mensual $\_\_\_\_\_\_\_ pagado: Si No

Valor del auto: $\_\_\_\_ pago mensual $\_\_\_\_\_\_\_ pagado: Si No

Valor del carro: $\_\_\_\_ pago mensual $\_\_\_\_\_\_\_ pagado: Si No

Es esencial para ganarse la vida coche o carro? Si No

**Lista todas sus deudas** (incluye hipoteca/renta, teléfono, utilidades, tarjetas de crédito, seguros, alimentos, etc.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LA EMPRESA A QUIEN SE DEBE LA DEUDA** | **PAGO POR FECHA** | **CANTIDAD PAGADA** | **FECHA DE ÚLTIMO PAGO**. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ingresos mensuales totales**: $\_\_\_\_\_\_\_ **TOTAL gastos mensuales**: $\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente certifico que las declaraciones anteriores son fieles a lo mejor de mi conocimiento y creencia, y acepto responsabilidad por el costo del tratamiento medico, o el costo de la hospitalización que se recomienda. Además, entiendo que de acuerdo con Florida estatutos 817.50, proporcionar información falsa para estafar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios, es un delito menor en segundo grado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del consumidor, de consumidor tutor o responsable partido fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo fecha

**CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO**

FISCAL:003-SPANISH:N:10/18 p**ara uso profesional**