



FORMULARIO PARA LIBERAR INFORMACIÓN FINANCIERA

Gracias por completar la siguiente información. Además del formulario completado, necesitaremos una copia de su declaración de impuestos del año pasado, formularios W-2, dos comprobantes de pago de nómina más recientes, verificación de cualquier/todos los estados de cuenta bancarios de los dos meses más recientes y de cualquier otro tipo de ingresos/bienes, incluyendo cuentas de inversión. Por favor entregue su solicitud y documentación justificativa lo antes posible para asegurar un procesamiento oportuno.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE		
Nombre del paciente	No. de cuenta	Estimado/Saldo
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Relación con el garante		

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE		
Nombre del garante		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio	No. de teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal
Empleador	Duración en el empleo	Ingreso bruto estimado
Otras fuentes de ingresos (por ejemplo manutención de menores/ conyugal, retiro)		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE		
Nombre		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Address	No. de teléfono	
City	Estado	Código postal
Empleador	Duración en el empleo	Ingreso bruto estimado
Otras fuentes de ingresos (por ejemplo, manutención de menores/ conyugal, retiro)		

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES		
Nombre del dependiente (apellido, nombre, inicial del 2 ^{do} nombre)	Relación	Fecha de nacimiento



Deer Valley Medical Center
John C Lincoln Medical Center
Scottsdale Osborn Medical Center
Scottsdale Shea Medical Center
Scottsdale Thompson Peak Medical Center
Sonoran Crossing Medical Center

INFORMACIÓN BANCARIA		
Nombre del banco	Saldo de la cuenta de cheques	Saldo de la cuenta de ahorros
Nombre de banco/unión de crédito	Saldo de la cuenta de cheques	Saldo de la cuenta de ahorros

GASTOS		
	Saldo	Pago mensual
Alquiler/hipoteca		
Valor líquido de la hipoteca		
Carro (marca, año, modelo)		
Alimentos u otras provisiones domésticas		
Gasolina/transporte		
Utilidades (servicios públicos)		
Teléfono		
Cuidado infantil		
Seguro		
Préstamos estudiantiles		
Manutención conyugal /de menores		
Gastos médicos		
Tarjetas de crédito (enumere cada una)		
TOTAL DE GASTOS MENSUALES		

Certifico que la información proporcionada en este Formulario para Liberar Información Financiera y demás documentos adjuntos es precisa y completa al mejor de mi conocimiento. Mediante mi firma a continuación autorizo que HonorHealth verifique cualquier historial crediticio y laboral, incluyendo la ejecución de un informe crediticio según sea necesario para evaluar la necesidad financiera. Además, entiendo que debo actualizar la presente información si me lo solicitan y/o mi condición financiera cambia.

Nombre del solicitante _____

Fecha _____