

ANEXO 2-CT (Hospitales de Connecticut)

HOJA DE CÁLCULOS FINANCIERA DEL PACIENTE O DE LA FUENTE DE PAGO

Nombre del paciente: _____
Tamaño del hogar: _____

Número de cuenta: _____

1A Cálculo de ingresos disponibles

Salario o pensión mensual _____ x 12 _____
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI,
por sus siglas en inglés) o VA mensual _____ x 12 _____
Total de ingresos _____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo de los gastos mensuales

Alquiler _____
Electricidad _____
Gas _____
Teléfono _____
Agua _____
Pagos del automóvil _____
Tarjetas de crédito _____
Seguro _____
Otros _____
Alimentos (\$100.00 x dependientes) _____
Total de gastos mensuales _____
Total de gastos _____ x 12 _____ (BB)

1C Ingresos elegibles para las facturas hospitalarias _____ (CC)
(AA – BB) (Si es menor a 0, ingrese 1)

1D Estimación de la facturación hospitalaria al paciente _____ (DD)

1E Identificación de los activos líquidos

Cuentas bancarias _____
Bonos _____
Acciones _____
Certificados de depósito (CD, por sus siglas en inglés) _____
Fondos de inversión _____
Total de activos líquidos _____ (EE)

1F Total del vencimiento del paciente menos activos líquidos (DD- EE) _____ (FF)

1G Ingresos elegibles menos vencimientos del paciente (CC-FF) _____ (GG)

Nota: si GG da como resultado un número negativo, entonces el paciente no tendrá responsabilidad económica.

_____ Doy fe de que la información detallada arriba es correcta.

_____ Doy fe de que el paciente o la fuente de pago está desempleada y no puede proporcionar la documentación laboral.

Firma del paciente o de la fuente de pago

Fecha

ANEXO 2-NY (Hospitales de Nueva York)

HOJA DE CÁLCULOS FINANCIERA DEL PACIENTE O DE LA FUENTE DE PAGO

Nombre del paciente: _____
Tamaño del hogar: _____

Número de cuenta: _____

1A Cálculo de ingresos disponibles

Salario o pensión mensual _____ x 12 _____
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI,
por sus siglas en inglés) o VA mensual _____ x 12 _____
Total de ingresos _____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo de los gastos mensuales

Alquiler _____
Electricidad _____
Gas _____
Teléfono _____
Agua _____
Pagos del automóvil _____
Tarjetas de crédito _____
Seguro _____
Otros _____
Alimentos (\$100.00 x dependientes) _____
Total de gastos mensuales _____
Total de gastos _____ x 12 _____ (BB)

1C Ingresos elegibles para las facturas hospitalarias _____ (CC)
(AA – BB) (Si es menor a 0, ingrese 1)

1D Estimación de la facturación hospitalaria al paciente _____ (DD)

1E Ingresos elegibles menos vencimientos del paciente (CC-DD) _____ (EE)
Nota: si EE da como resultado un número negativo, entonces el paciente no tendrá responsabilidad económica.

_____ Doy fe de que la información detallada arriba es correcta.

_____ Doy fe de que el paciente o la fuente de pago está desempleada y no puede proporcionar la documentación laboral.

Firma del paciente o de la fuente de pago

Fecha