

**Centro oncológico Memorial Sloan-Kettering
(Memorial Sloan-Kettering Cancer Center)**

Office Use Only
MRN: _____

Cuestionario de ayuda financiera

Apellido: _____ Nombre: _____
 Dirección _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono _____ Teléfono celular: _____
 Tamaño de la familia / cantidad de personas que componen el núcleo familiar _____

Lista de los miembros del núcleo familiar:

Apellido	Nombre	Relación	Edad	Ocupación	Salario bruto anual

Ingreso anual del núcleo familiar

Tipo de ingreso	Ingreso del paciente	Ingreso del cónyuge
Salario	\$	\$
Pago del seguro social	\$	\$
Compensación de desocupación	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Indemnización del trabajador	\$	\$
Pensión alimenticia o manutención	\$	\$
Dividendos, intereses o rentas	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
Total		

Recursos de la familia

Tipo	Banco	Monto
Cuenta de ahorros		
Cuenta corriente		
Fondos mutualistas (Valor de mercado)		
Acciones y bonos (Valor de mercado)		
Certificado de depósito/s		

Residencias - Primaria

Renta (Pago mensual) _____
 Casa propia (Pago mensual de la hipoteca) _____
 Banco: _____

Secundaria

Renta (Pago mensual) _____
 Casa propia (Pago mensual de la hipoteca) _____
 Banco: _____

Comentarios

Declaro que los datos que he proporcionado son correctos en la medida de mi conocimiento. Comprendo por completo mi responsabilidad para con la veracidad de estas declaraciones. Reconozco que todos los datos que he proporcionado se encuentran sujetos a verificación.

Firma del garante: _____ Fecha: _____

Una vez presentada esta solicitud, no deberá realizar ningún pago al hospital hasta que el hospital le envíe una carta con la decisión tomada.