

INGRESO FAMILIAR MENSUAL BRUTO	SOLICITANTE	COSOLICITANTE		SOLICITANTE	COSOLICITANTE
SUELDOS Y SALARIOS			MILITAR / PENSIÓN		
DIVIDENDOS / INTERESES / INGRESO POR ALQUILER			PRESTACIONES POR DESEMPLEO		
INCAPACIDAD A CORTO/LARGO PLAZO			PENSIÓN ALIMENTARIA / MANUTENCIÓN INFANTIL		
NEGOCIO/TRABAJO AUTÓNOMO			TANF O AYUDA GENERAL		
INGRESO POR SEGURO SOCIAL/JUBILACIÓN			ESTIPENDIOS (ORIENTACIÓN, PASTORES, ETC.)		
SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD (SSDI)			CARTA DE APOYO / AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS		
INDEMNIZACIÓN LABORAL			OTRO INGRESO:		
			TOTAL:	\$	\$

FIRMAS:			
PACIENTE/SOLICITANTE	FECHA	COSOLICITANTE	FECHA

El contenido recopilado en la parte baja de esta solicitud no se usa como parte del proceso de solicitud para la ATENCIÓN GRATUITA sino para determinar la elegibilidad para otras formas de pago.

BIENES FAMILIARES		GASTOS MENSUALES/RESPONSABILIDADES	PAGOS MENSUALES	SALDO ADEUDADO
EFFECTIVO		PAGO DEL ALQUILER/HIPOTECA		
CUENTA CORRIENTE		OTRO PAGO DE HIPOTECA		
CUENTA DE AHORROS		PRÉSTAMOS PERSONALES O ESTUDIANTILES		
VALOR DEL SEGURO DE VIDA		CUENTAS CORRIENTES		
SALDO DE PENSIONES ANUALES		PRESCRIPCIONES/FACTURA MÉDICAS		
VALOR DE ACCIONES/BONOS		SERVICIOS, TELÉFONO, CABLE		
PROPIEDAD-AÑOS DE PROPIEDAD		COMIDA		
VEHÍCULOS (AÑO/MARCA)		OTROS GASTOS:		
VALOR DE OTROS VEHÍCULOS		TOTAL:	\$	\$
VALOR DE EQUIPO DE NEGOCIOS		INFORMACIÓN DEL SEGURO		
OTROS BIENES:		¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA SOLICITADO MAINECARE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? _____		
TOTAL:	\$	DE SER ASÍ: ANEXE UNA COPIA DE LA CARTA DE DETERMINACIÓN		
		¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA TENIDO SEGURO? _____		
		DE SER ASÍ: ANEXE COPIA(S) DE LA(S) CARTA(S)		

FIRMAS:			
PACIENTE/SOLICITANTE	FECHA	COSOLICITANTE	FECHA

