

Accesorios

Número De Cuenta: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO FINANCIERO DE LOS ARREGLOS**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Del Garante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Terminar por favor el horario siguiente de modo que nuestros personales de la oficina de negocio puedan asistirte en tomar las medidas del pago para tu cuenta de la oficina.

**\*\*\*ANÁLISIS DE LOS INGRESOS DISPONIBLES\*\*\***

**RENTA MENSUAL DE:**

Paga Para Llevar Del Empleo:

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Otras Fuentes (lista)

1. \$ \_\_\_\_\_

2. \$ \_\_\_\_\_

3. \$ \_\_\_\_\_

Número de personas en hogar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ganancias Total: \$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**COSTOS MENSUSALES:**

Casa/ Alquiler: \$ \_\_\_\_\_

Pagos De Auto: \$ \_\_\_\_\_

Ropa/ Comida: \$ \_\_\_\_\_

Utilidades: \$ \_\_\_\_\_

Prestamos: \$ \_\_\_\_\_

Tarjetas De Crédito (lista):

1. \$ \_\_\_\_\_

2. \$ \_\_\_\_\_

3. \$ \_\_\_\_\_

4. \$ \_\_\_\_\_

Otras Cuentas Médicas (lista):

1. \$ \_\_\_\_\_

2. \$ \_\_\_\_\_

3. \$ \_\_\_\_\_

4. \$ \_\_\_\_\_

Otro (lista):

1. \$ \_\_\_\_\_

2. \$ \_\_\_\_\_

Costos Mensuales Totales:

Ingresos Indisponible:

En la firma de este cuestionario, certifico que la información dada está verdad y correcta al mejor de mi conocimiento.

# SIERRA ANESTHESIA, INC.

520 Hammill Lane Reno, NV 89511

Phone (775) 786-9666

Fax (775) 689-5430

Brandon Allen, MD	Kathleen Juarez, MD	Jess Rinehart, MD
Michael Bleyberg, DO	Peter Kasprzak, MD	Brooks Rohlen, MD
David Coggeshall, MD	Shane Kruitbosch, MD	Pamela Russell, MD
M. Lawrence Gevedon, MD	Paul Mailander, MD	Mark Stacy, MD
John Hilts, MD	Agi Melton, MD	Jeff Weaver, MD
Michael Hubbard, DO	Mel Nutter, DO	
Craig Hutchens, MD	Paul Picetti, MD	

**Firma Del Garante (O Paciente)**

**Fecha**

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

RE: **HARDSHIP LETTER**

Patient: \_\_\_\_\_

DOS: \_\_\_\_\_

Balance: \$ \_\_\_\_\_

Acct#: \_\_\_\_\_

Estamos en receipt de su peticion financiera actual de la dificultad. En la orden para que permanezcamos en conformidad con seguro de Enfermedad y las reglas privadas de las companies de seguros, necesitamos solicitar la documentacion de su estado financiero. En la orden para que este proceso sea hecho, necesitamos Las copias del siguiente:

1. Su declaracion de impuestos mas actual.
2. Verificacion de su renta mensual, incluyendo la renta spousal. (trozas del cheque de la paga del ejemplo, ayuda de nino, renta de los alimentos, seguridad social).
3. Costos mensuales.

Gracias por su cooperacion en esta material. Le notificaremos en el plazo de dos semanas despues de recibir esta informacion proporcionada.

Esta información se debe dentro de 2 semanas de la fecha de la carta, si esto no se recibe, entonces, no se concederá. Gracias por su cooperación en esta materia. Nosotros le notificaremos dentro de dos semanas después de recibir la información proporcionada. También un plan de pago mínimo es necesario para la calificación de vida difíciles.

Gracias otra vez,

Sierra Anesthesia, Inc.  
Departamento de Facturacion