

Algún miembro de la familia tiene:	Encierre en un círculo Sí o No	Monto	Miembro del grupo familiar
CUENTAS CORRIENTES	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
CUENTAS DE AHORRO	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
CERTIFICADOS DE DEPÓSITOS	Sí/No	\$	
FONDOS DEL MERCADO MONETARIO	Sí/No	\$	
ACCIONES / BONOS / LETRAS DEL TESORO	Sí/No	\$	
FIDEICOMISOS	Sí/No	\$	
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿ES IRREVOCABLE?	Sí/No	\$	
EFFECTIVO GUARDADO EN CAJAS DE SEGURIDAD	Sí/No	\$	
ALGÚN OTRO ACTIVO LÍQUIDO	Sí/No	\$	
OTRAS INVERSIONES	Sí/No	\$	

¿Ha recibido algún pago de una suma global como las siguientes?:	Encierre en un círculo Sí o No	Monto	Miembro del grupo familiar
HERENCIAS	Sí/No	\$	
LOTERÍA U OTROS PREMIOS	Sí/No	\$	
INDEMNIZACIONES EN CONCEPTO DE SEGUROS	Sí/No	\$	
ACUERDOS DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES	Sí/No	\$	
ACUERDOS POR DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SS)	Sí/No	\$	
ACUERDOS POR DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE LOS VETERANOS (VA)	Sí/No	\$	
INDEMNIZACIÓN POR DESPIDO	Sí/No	\$	
PLUSVALÍAS	Sí/No	\$	
OTRO	Sí/No	\$	

*** Este formulario es necesario para procesar su solicitud de ayuda financiera en el Spartanburg Regional Healthcare System (SRHS). Envíe el documento financiero más reciente para corroborar los activos que mencionó.**

Al firmar, certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender; y, por el presente documento, autorizo revelar cualquier información que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de ayuda financiera para pacientes del SRHS.

Firma del solicitante:

Fecha: