

# Hoja personal de cálculo financiero

Nos esforzamos para ayudarle de manera veraz y oportuna al igual que mantenemos la confidencialidad más estricta. No olvide incluir la documentación comprobatoria que se lista en la página uno, que incluye las dos últimas declaraciones de impuestos federales y dos talones recientes de nómina, tanto de usted como de su cónyuge. **Si tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse al (512) 519-3444.**

**NÚMERO DE CUENTA:** \_\_\_\_\_

## Información del aval

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Número de licencia de manejo:** \_\_\_\_\_ **Supervisor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del cónyuge:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_ **Número de seguro social:** \_\_\_\_\_  
**Número de licencia de manejo:** \_\_\_\_\_ **Número de licencia de manejo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono particular:** \_\_\_\_\_

## Empleo

\*\*Sin no tiene empleo actualmente, escriba la información de su último empleo\*\*

**Empresa del paciente:** \_\_\_\_\_ **Del cónyuge:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_  
**Supervisor:** \_\_\_\_\_ **Supervisor:** \_\_\_\_\_  
**Tiempo completo/Medio tiempo:** \_\_\_\_\_ **Tiempo completo/Medio tiempo:** \_\_\_\_\_  
**Número telefónico:** \_\_\_\_\_ **Número telefónico:** \_\_\_\_\_  
**Horas por semana:** \_\_\_\_\_ **Horas por semana:** \_\_\_\_\_  
**Fechas de empleo:** \_\_\_\_\_ **Fechas de empleo:** \_\_\_\_\_

## Residencia

¿Usted es dueño de su residencia actual o paga renta? \_\_\_\_\_  
Compañía financiera o arrendador y su número telefónico \_\_\_\_\_

Edad y parentesco de las personas que viven con usted (sólo los dependientes):

---

---

---

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N° de cuenta \_\_\_\_\_

## Bienes

### **Cuentas bancarias (de ahorro y préstamos, uniones de crédito, certificados de depósito y planes de retiro):**

Nombre de la institución	Tipo de cuenta	N° de cuenta	Saldo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### **Seguro de vida:**

Nombre de la empresa	Titular de la póliza	Cantidad que puede pedir prestada de la póliza
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### **Bienes raíces (incluso casas rodantes, terrenos sin desarrollar, terrenos de uso agrícola, etc.):**

Dirección (incluya el condado)	Valor actual	Saldo del préstamo	Fecha de liquidación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### **Vehículos de motor (incluso motocicletas, campers, botes, equipo agrícola, etc.):**

Año y modelo	Valor actual	Saldo del préstamo	Fecha de liquidación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### **Otros artículos que posea o que esté adquiriendo actualmente:**

(acciones, bonos, fondos de retiro IRA, planes de retiro patrocinados por la empresa, fondos comunes de inversión, colecciones de estampillas y monedas, piezas de arte, equipo informático, etc.)

Descripción	Valor actual	Saldo del préstamo	Fecha de liquidación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N° de cuenta \_\_\_\_\_

## INGRESOS Y GASTOS

### Ingreso mensual:

- **Sírvase anexar documentación comprobatoria, por ejemplo, dos talones recientes de nómina, fuentes de ingresos y reportes de negocios**

Su sueldo neto: \$ _____	Rentas cobradas: _____
Sueldo neto de su cónyuge: \$ _____	Comisiones: _____
Pensiones/anualidades: _____	Seguro social: _____
Ingresos por incapacidad: _____	Utilidades comerciales: _____
Asistencia: _____	Otros ingresos: _____
(cupones de despensa, vivienda subsidiada, etc.)	(indique la fuente de ingreso)

**Ingreso mensual total** \$ \_\_\_\_\_

### Gastos mensuales:

- **Incluya únicamente los gastos médicos y de seguros que usted pague**

Renta/mensualidad de hipoteca \$ _____	Pensión alimenticia/manutención de hijos _____
Gastos médicos _____	Medicamentos _____
Pagos de impuestos estimados _____	Otros _____
Comestibles _____	Transporte/gasolina _____
<u>Servicios:</u>	<u>Seguros: primas que el empleador no cubre</u>
Electricidad _____	Automóvil _____
Aceite combustible/gas natural _____	Salud _____
Agua _____	Vida _____
Cable/satélite: _____	Propietarios/arrendatarios _____
Teléfono local: _____	
Teléfono celular: _____	

### **Préstamos para autos:**

Nombre de la cía. financiera/banco	Valor estimado	Cantidad adeudada	Fecha de liquidación
------------------------------------	----------------	-------------------	----------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N° de cuenta \_\_\_\_\_

Pagos de amortizaciones: (préstamos bancarios, tarjetas de crédito, protección contra sobregiros, líneas de crédito, etc.)

	Pagos mensuales mínimos	Saldo actual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gastos mensuales totales \$ \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado beneficios de Medicaid? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si contestó "sí", ¿cuál fue el resultado de su solicitud? \_\_\_\_\_

Si se le negó la ayuda de Medicaid, anexe una copia de la carta donde se dio la negativa.

¿Usted o su cónyuge es discapacitado? **ثا** SÍ **ثا** NO

Si respondió "sí", indique el nombre de la persona con discapacidad \_\_\_\_\_

Condición médica de discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha estado discapacitado dicho individuo? \_\_\_\_\_

¿El individuo citado ha solicitado beneficios por  
discapacidad? **ثا** SÍ **ثا** NO

PARA QUE SU SOLICITUD PUEDA SER PROCESADA DE MANERA OPORTUNA Y PARA EVITAR DEMORAS, SÍRVASE ANEXAR LAS COPIAS DE SUS ESTADOS DE CUENTA MÁS RECIENTES DE TARJETAS DE CRÉDITO, PAGOS HIPOTECARIOS MENSUALES, PRÉSTAMOS PARA AUTOS Y DE SERVICIOS.

POR ESTE CONDUCTO, AUTORIZO a Austin Radiological Association, Inc., para que investigue mi historial crediticio a través de una agencia de informes de crédito a fin de verificar la información que he proporcionado. Esta información será usada exclusivamente para los fines descritos y NO será divulgada a ninguna agencia externa.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cónyuge/aval \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_