



STEVENS COMMUNITY
MEDICAL CENTER

Caring is our Reason for Being

400 East First Street • Morris, MN 56267 • 320-589-1313 • www.scmcinc.org

INFORME DE GASTOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE STEVENS

La información que se detalla a continuación solo se utilizará para determinar su capacidad para realizar pagos mensuales en su cuenta. No es un requisito previo para recibir atención médica ni se revelará a otros acreedores ni a nadie que solicite datos financieros.

Nombre: _____

Cónyuge: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (C) _____ (T) _____ Tamaño de la familia _____

Su empleador: _____ Promedio Horas por semana: _____

Empleador de cónyuge: _____ Promedio Horas por semana: _____

Ingreso bruto de mes: Suyo: _____ Cónyuge: _____ Otro: _____ Total: \$ _____

Gastos mensuales:

Alquiler / Hipoteca PMNTT	\$ _____	Alcantarillado, agua, basura	\$ _____
Impuestos de casa / Aseg	\$ _____	Gasolina	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Guardería	\$ _____
Calefacción	\$ _____	Comestibles	\$ _____
Seguro, automóvil	\$ _____	Teléfono	\$ _____
Seguro, Salud	\$ _____		
Seguro, Vida	\$ _____	Saldo adeudado:	
Préstamos bancarios	\$ _____	\$ _____	
Préstamos bancarios	\$ _____	\$ _____	
Cuenta de cargo: _____	\$ _____	\$ _____	
Cuenta de cargo: _____	\$ _____	\$ _____	
Cuenta de cargo: _____	\$ _____	\$ _____	
Stevens Community Medical Center	\$ _____	\$ _____	
Médico: _____	\$ _____	\$ _____	
Médico: _____	\$ _____	\$ _____	
Médico: _____	\$ _____	\$ _____	
Otro: _____	\$ _____	\$ _____	
Otro: _____	\$ _____	\$ _____	

Ingreso bruto total: \$ _____ Gastos totales: \$ _____ Diferencia: \$ _____

Verifico que lo anterior es verdadero y correcto a lo mejor de mi entender.

Firma del solicitante: _____

PARA SER COMPLETADO POR LOS SERVICIOS DE LA CUENTA DEL PACIENTE DE STEVENS COMMUNITY MEDICAL CENTER

Recomendaciones: _____

Completado por: _____ Fecha: _____