



**PHOENIX CHILDREN'S HOSPITAL
FINANCIAL EVALUATION**

PATIENT'S LAST NAME APELLIDO DE PACIENTE	FIRST PRIMERO	MIDDLE SEGUNDO	SOC SEC # SEGURO SOCIAL	BIRTH DATE FECHA DE NACIMIENTO	LEGAL CITIZEN Y/N CIUDADANO LEGAL SI/NO
MAILING ADDRESS (DIRECCION)	CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (CODIGO POSTAL)	PHONE (NUMERO DE TELEFONO)	
LAST NAME (RESPONSIBLE PARTY) APELLIDO (DE RESPONSABILIDAD)	FIRST PRIMERO	MIDDLE SEGUNDO	SOC SEC # SEGURO SOCIAL	BIRTH DATE FECHA DE NACIMIENTO	
RESPONSIBLE PARTY EMPLOYER (NAME & FULL ADDRESS) EMPLEADOR DE ADULTO RESPONSABLE (NOMBRE Y DIRECCION)			PHONE NUMERO DE TELEFONO	MONTHLY NET PAY INGRESO MENSUAL \$	
SPOUSE'S LAST NAME APELLIDO (DE ESPOSO/A)	FIRST PRIMERO	MIDDLE SEGUNDO	SOC SEC # SEGURO SOCIAL	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	
SPOUSE'S EMPLOYER (NAME & FULL ADDRESS) EMPLEADOR DE ESPOSO/A (NOMBRE Y DIRECCION)			PHONE NUMERO DE TELEFONO	MONTHLY NET PAY INGRESO MENSUAL \$	

Is any family member in the house currently on AHCCCS or other Medicaid program? (ALGUIEN EN LA FAMILIA RECIVE AHCCCS? SI/NO) **Y / N**

FAMILY MEMBERS: (MIEMBROS DE FAMILIA) _____

HOUSEHOLD SIZE: (TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL CASA): _____

NAME NOMBRE	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	RELATIONSHIP RELACION	AGE EDAD	LEGAL RESIDENT/CITIZEN Yes/No: RESIDENTE/CUIDANO DE ARIZONA SI/NO
1				
2				
3				
4				
5				

INCOME FREQUENCY OPTIONS(OPCIONES DE FRECUENCIA DE INGRESO):

WEEKLY (SEMANA) **BIWEEKLY** (CADA DOS SEMANAS) **MONTHLY** (MENSUAL) **SEMI-MONTHLY** (QUINCENAL)

GROSS AMOUNT PER PAYDAY: Mom/Frequency: \$ _____ / _____ **Dad/Frequency:** \$ _____ / _____ **OTHER INCOME \$** _____
(INGRESO BRUTO ANTES DEDUCIONES) (MADRE /Frecuencia) (PADRE/ Frecuencia) (OTRO INGRESO)

TOTAL MONTHLY GROSS INCOME: \$ _____ **TOTAL YEARLY GROSS INCOME \$** _____
(INGRESO TOTAL MENSUAL) (INGRESO TOAL AL ANNUAL):

I do not have income, I maintain myself in this manner: Aid of the family or/and friends
(NO TENGO INGRESOS; ME SOSTENGO DE ESTA MANERA: AYUDA DE FAMILIARES Y/O AMIGOS)

IN KIND PROVIDER: _____ **ADDRESS:** _____
(PROVEEDOR DE LA MISMA AYUDA) (DIRECCION)

LIQUID ASSETS (ACTIVOS LIQUIDOS): _____ **RESOURCES** (RECURSOS): _____

BALANCE (BALANCE)	CASH VALUE (VALOR EN EFECTIVO)	MARKET VALUE/BALANCE OWED (VALOR / BALANCE QUE SE DEBE)
CASH ON HAND: Y/ N \$ _____ EFECTIVO DISPONIBLE: SI/ NO	STOCKS/BONDS: Y/N \$ _____ ACIONES/BONOS : SI/ NO	REAL PROPERTY Y/N \$ _____ \$ _____ PROPIEDAD: SI/ NO
CHECKING Account: Y/N \$ _____ CUENTA CORRIENTE: SI/ NO	SAVING Account: Y/N \$ _____ CUENTA DE AHORROS: SI/ NO	VEHICLE: Y/ N <input type="checkbox"/> \$ _____ \$ _____ VEHICULO: SI/ NO
IRA/OTHER: Y/N \$ _____ RETIRO: SI/ NO	LIFE INSURANCE: Y/ N \$ _____ SEGURO DE VIDA: SI/ NO	PREPAID BURIAL: Y/N \$ _____ \$ _____ PREPAGADO: SI/ NO
MONTHLY EXPENSES (GASTOS MENSUALES):		
RENT/MORTGAGE (TENTA/HIPOTECA) \$ _____	FOOD (COMIDA)\$ _____	UTILITES (UTILIDADES) \$ _____
AUTO EXPENSES (GASTOS DE VEHICULOS) \$ _____	CREDIT CARDS (TARJETAS DE CREDITO) \$ _____	
OBLIGATIONS (OTRAS OBLIGACIONES) \$ _____	TOTAL MONTHLY MEDICAL BILLS (Cobros médicos mensual) \$ _____	
TOTAL MONTHLY EXPENSES \$ _____ (TOTAL DE GASTOS MENSUALES)	TOTAL MONTHLY PAMENT FOR ALL EXPENSES: \$ _____ (TOTAL DEL PAGO MENSUAL POR TODOS LOS COBROS)	

I swear and affirm that all statements made on this application are true and correct. You are hereby authorized to check my credit history in order to evaluate this financial statement. (Yo juro y afirmo que todas las declaraciones son verdaderas y correctas. Yo autorizo que verifiquen mi historial de crédito para evaluar mi situación financiera.)

Parent/ Guardian Signature REQUIRED / (Firma de Padre/Guardian REQUERIDO) Date (Fecha)

Financial App English/Spanish 07/02/14