

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION OF ARIZONA

CONFIDENCIAL

360 East Coronado Road, Suite 180; Phoenix, Arizona 85004; (602) 840-1644; FAX (602) 845-7968

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Nombre de esposo/a	Fecha de nacimiento
Dirección			Por cuánto tiempo	Número de teléfono	
Ciudad	Estado		Código postal		
Lista de todas las personas que viven con usted	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Empleado por	Estudiante	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
<input type="checkbox"/> Renta	Del Propietario (nombre/dirección)				
<input type="checkbox"/> Dueño	Cargado de la cuenta (nombre/dirección)				

Los Gastos Mensuales de la Casa

Renta	\$ _____
Comida	\$ _____
Servicios públicos	
Teléfono	\$ _____
Gas	\$ _____
Electricidad	\$ _____
Agua	\$ _____
Automóvil	
Pago Mensual	\$ _____
Gasolino & Aceite	\$ _____
Seguro	\$ _____
Arreglos	\$ _____
Médico	
Doctor	\$ _____
Hospital	\$ _____
Medicina/recetas	\$ _____
Seguro	
Vida	\$ _____
Médico	\$ _____
Los pagos totales del préstamo	\$ _____
Totalice de las tarjetas de crédito	\$ _____
Otras deudas (lista)	\$ _____
Totalice de los gastos mensuales	\$ _____

Los Ingresos Mensuales de la Casa

(incluya todos los que viven en la casa)

	Paciente	Esposo/a	Otros
Empleo (después de los impuestos)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Social Desabilitado	\$ _____	\$ _____	\$ _____
SSI	\$ _____	\$ _____	\$ _____
DES/TANF	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cupones de alimento	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros gastos (lista)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
El subtotal de cada columna	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Totalice los ingresos mensuales (suma las 3 columnas):	\$ _____		\$ _____

Información del seguro medico:

AHCCCS _____
 La fecha de el vencimiento: _____
 VA : si no

BIENES

Banco: Cuenta corriente \$ _____
 Cuenta de ahorros \$ _____

Casa: (valor) \$ _____

Automóvil: año _____
 clase _____
 cargador de cuenta _____

Otras propiedades: i.e., acciones
 bonos, propiedades inmobiliarias \$ _____

El hogar es menos de 400% del nivel federal de pobreza*
 Sí / No
 Mire abajo*

Representante de la oficina

Firma del Paciente

Oficina _____ Fecha _____

Firma _____
 Escribe en letra de molde _____
 Posición _____

*Tamaño del hogar (número de gente)	1	2	3	4	5	6	7	8
400% de Guías Federales de Pobreza 2022	\$54,360	\$73,240	\$92,120	\$111,000	\$129,880	\$148,760	\$167,640	\$186,520

Opcional: Información demográfica a menudo se requiere obtener datos demograficos que ayudan a financiar programas para los pacientes

Indica uno: Blanco/a Afroamericano/a Asiático/a Indígena/a Americano/a Español/a

Revised: June 2022