



**Estado Financiero Personal**  
**(Complete las 4 páginas)**

Cuando esté completo, envíe un fax al 402-489-5339 o envíelo por correo a DCL, ATTN: Heather, 7910 'O' Street, Lincoln, NE 68510. Asegúrese de incluir todos los documentos de respaldo, como la declaración de impuestos más reciente, la carta de beneficios del Seguro Social y las declaraciones de jubilación, si corresponde. Si tiene alguna pregunta, llame al 402-489-5339.

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo (circulo)    Discapacitado    Empleado    Jubilado    Desempleado    Otro \_\_\_\_\_

Marital Status (circulo)    Soltera    Casado    Separado    Divorciado    Otro \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

**Información de la parte responsable**

\_\_\_ Yo (dejar en blanco)

\_\_\_ Otro (complete a continuación)

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

DialysisCenterofLincoln.org

O St.  
402.489.5339  
7910 O St.  
Lincoln, NE 68510

Northwest  
402.438.7330  
3211 Salt Creek Cir.  
Lincoln, NE 68504

Southwest  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512

Columbus  
402.563.2139  
2452 39th Ave.  
Columbus, NE 68601

Home Dialysis  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### Información del hogar

Enumere todos los miembros de la familia que vivieron en el hogar durante el año pasado:

| <u>Nombre</u> | <u>Edad</u> | <u>Relación</u> | <u>Dependiente (sí/no)</u> |
|---------------|-------------|-----------------|----------------------------|
|---------------|-------------|-----------------|----------------------------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Número total de dependientes: \_\_\_\_\_

### Información financiera

- Se requiere información financiera completa de todos los miembros del hogar.
- Envíe una copia de la declaración del impuesto sobre la renta federal más reciente que muestre el ingreso bruto ajustado. Si no presentó una declaración de impuestos sobre la renta, explique brevemente por qué.  
\_\_\_\_\_
- Si corresponde, envíe una copia de la declaración de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) más reciente.
- Si corresponde, incluya cualquier declaración de beneficios de jubilación o pensión.
- Si los ingresos futuros cambiarán significativamente, incluya una declaración de una página por qué en la página 4 y proporcione documentación.

#### Activos del hogar

Comprobación del saldo de la cuenta: \_\_\_\_\_

Saldo de la cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_

Valor tasado de la vivienda: \_\_\_\_\_

Valor de acciones y bonos: \_\_\_\_\_

DialysisCenterofLincoln.org

**O St.**  
402.489.5339  
7910 O St.  
Lincoln, NE 68510

**Northwest**  
402.438.7330  
3211 Salt Creek Cir.  
Lincoln, NE 68504

**Southwest**  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512

**Columbus**  
402.563.2139  
2452 39th Ave.  
Columbus, NE 68601

**Home Dialysis**  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales del hogar

Pago para llevar a casa del paciente: \_\_\_\_\_

Pago que lleva a casa del esposo(a): \_\_\_\_\_

Ingresos adicionales del hogar: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \_\_\_\_\_

Beneficios SNAP: \_\_\_\_\_

Ingreso de jubilación: \_\_\_\_\_

Beneficios de SSI / SSD: \_\_\_\_\_

Beneficios para veteranos: \_\_\_\_\_

Otros ingresos: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales totales: \_\_\_\_\_

Si los ingresos mensuales se dejan en blanco, especifique el motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Verifique si no presentó una declaración de impuestos sobre la renta. Explique brevemente por qué.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Verifique si se le reclama como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Si es así, ¿de quién? \_\_\_\_\_

---

DialysisCenterofLincoln.org

O St.  
402.489.5339  
7910 O St.  
Lincoln, NE 68510

Northwest  
402.438.7330  
3211 Salt Creek Cir.  
Lincoln, NE 68504

Southwest  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512

Columbus  
402.563.2139  
2452 39th Ave.  
Columbus, NE 68601

Home Dialysis  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Use esta página para indicar si los ingresos futuros cambiarán significativamente (debido a la muerte de un miembro de la familia, estado de discapacidad, incapacidad para trabajar, etc.) o si otras áreas de la solicitud requieren una mayor explicación. Se requiere documentación para fundamentar las explicaciones de ingresos. Por ejemplo, una carta para un empleador anterior, una carta de su médico que indique su incapacidad para trabajar como resultado de su enfermedad, etc.

Por la presente reconozco que la información proporcionada al Centro de Diálisis de Lincoln es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al Centro de Diálisis de Lincoln a verificar alguna o toda la información proporcionada, y también autorizo que se pueda obtener un informe crediticio del consumidor si es necesario.

Firma del paciente / representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

~~Firma del Esposo (a): \_\_\_\_\_ DialysisCenterofLincoln.org \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_~~

O St.  
402.489.5339  
7910 O St.  
Lincoln, NE 68510

Northwest  
402.438.7330  
3211 Salt Creek Cir.  
Lincoln, NE 68504

Southwest  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512

Columbus  
402.563.2139  
2452 39th Ave.  
Columbus, NE 68601

Home Dialysis  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512



---

[DialysisCenterofLincoln.org](http://DialysisCenterofLincoln.org)

**O St.**  
402.489.5339  
7910 O St.  
Lincoln, NE 68510

**Northwest**  
402.438.7330  
3211 Salt Creek Cir.  
Lincoln, NE 68504

**Southwest**  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512

**Columbus**  
402.563.2139  
2452 39th Ave.  
Columbus, NE 68601

**Home Dialysis**  
402.742.8500  
5355 S. 16th St.  
Lincoln, NE 68512