

Hospital Financial Assistance Application

Solicitud para Asistencia Financiera del Hospital

Fecha _____ Secretaria _____ Cuenta # _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección donde recibe el correo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
(si es diferente a su residencia)

Empleador Actual _____ Fecha de Empleo _____ Teléfono _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Salario Actual¹ _____ Número de Personas a su Cargo _____ Edades de las Personas _____
a su Cargo

Nombre del Cónyuge _____ Salario Actual _____ # Seguro Social _____

Empleador Actual _____ Fecha de Empleo _____ Teléfono _____

Otras Entradas de Dinero _____ ¿Ha solicitado usted Ayuda Estado/Federal? (Sí) _____ (No) _____

Si la respuesta es Sí, indique cuándo y tipo de ayuda _____

Gastos Mensuales: Renta/Hipoteca _____ Médicos _____ Comida/Servicios _____ Otros _____

<i>Lista de los Activos (Pertenencias)² (utilizar una hoja adicional si es necesario)</i>	<i>Valor Comercial</i>	<i>Actuales Deudas/Pasivo</i>	<i>Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)</i>
Cuentas Bancarias: Nombre del Banco: _____ Saldo en la cuenta de cheques: \$ _____ Saldo en la cuenta de Ahorros: \$ _____ Saldo en la cuenta de acciones y bonos: \$ _____		N/A	N/A
Vivienda Principal (si es propietario o la está comprando)	\$	\$	\$
Automóviles Auto 1 Año/Marca/Modelo: _____ Auto 2 Año/Marca/Modelo: _____	\$ \$	\$ \$	\$ \$
Negocio & propiedad de renta o alquiler Nombre de las Propiedades _____ Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$	\$	\$
Finca y otras propiedades de tierras Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$	\$	\$



Hospital Financial Assistance Application

Lista de los Activos (<i>Pertenencias</i>) ² (utilizar una hoja adicional si es necesario)	Valor Comercial	Actuales Deudas/Pasivo	Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)
Equipo del Rancho y/o del negocio (incluyendo ganado y cosechas) Descripción de los Activos: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros Activos Descripción de los activos: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

¹El método para determinar las entradas de dinero debe incluir, pero no está limitado a ingreso bruto ajustado más las entradas por jubilación (por ejemplo del Seguro Social), sostenimiento de un hijo (“child support”), compensación por desempleo y pagos “en especie” (utilización de la propiedad sin pagar renta o alquiler). El valor de las estampillas para comida (“food stamps”) será excluido de la consideración de pagos “en especie.”

²Las directrices para determinar los activos incluyen, pero no están limitadas a la residencia principal (y la tierra contigua), automóviles activos líquidos, inversiones, la tierra de la finca, propiedades del negocio, propiedades de renta o alquiler, equipo de la finca y del negocio incluyendo ganado y cosechas. Toda la propiedad real será considerada al valor justo del mercado. Los valores tanto de la propiedad real como la personal será reducida por cualquier deuda que tenga el solicitante al obtener los activos (los activos netos).

Firma del Paciente/Fiador _____ Fecha _____

Someter Verificación de Entradas de Dinero y la Solicitud de Ayuda Financiera dentro de 10 Días Laborable

[Internal Office Use]

ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION

Recommending for Charity Care Adjustment ____ (yes) ____ (no)¹ Amount: \$ _____

Basis of Charity Care Determination:

Income/Asset Qualification: _____ Catastrophic Qualification: _____

¹Notification to patient and transaction posting to patient account.

[Approvals]

Hospital Collections Manager _____ Date: _____

Director Patient Accounting _____ Date: _____

Chief Financial Officer _____ Date: _____

President and Chief Administrative Officer _____ Date: _____

File Copy (Scanned) – Business Office Patient Folder