

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

<i>Lista de los Activos (Pertencencias)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>
Equipo del Rancho y/o del negocio (incluyendo ganado y cosechas) Descripción de los Activos: _____	\$	\$	\$
Otros Activos Descripción de los activos: _____	\$	\$	\$

Reclamos o reclamos potenciales de terceros para buscar recuperar el pago total o una porción significativa de la cuenta hospitalaria.

Descripción del reclamo: _____

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 se limitan a, vivienda primaria (y terreno adyacente), automóviles, activos líquidos, inversiones, terrenos agrícolas, propiedades empresariales, propiedades en alquiler, equipo agrícola y/o comercial incluyendo ganado y cultivos. Todos los bienes inmuebles se considerarán al valor justo de mercado. Los valores de los bienes inmuebles y personales serán reducidos por cualquier pasivo existente incurrido por el solicitante en la obtención de los activos (activos netos) con excepción de su vivienda principal. El valor del activo neto de la vivienda personal será la cantidad de capital por encima de \$100,000. La responsabilidad de terceros, existente o potencial, para con el paciente, el hospital o el garante por ley común, contrato, estatuto o por otro medio, se considerará un activo y deberá ser incluido en la solicitud de Asistencia Financiera para Hospital.

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: _____	
¹ Notification 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: _____