



# 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 Actual<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 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)<sup>2</sup> (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>
<b>Cuentas Bancarias:</b> 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)	\$	\$	\$
<b>Automóviles</b> Auto 1 Marca/Modelo: _____ Auto 2 Marca/Modelo: _____	\$ \$	\$ \$	\$ \$
<b>Negocio &amp; propiedad de renta o alquiler</b> Nombre de las Propiedades: _____ Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$	\$	\$
<b>Finca y otras propiedades de tierras</b> Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$	\$	\$



## Hospital Financial Assistance Application

<b>Lista de los Activos (Pertencencias)<sup>2</sup> (utilizar una hoja adicional si es necesario)</b>	<b>Valor Comercial</b>	<b>Actuales Deudas/Pasivo</b>	<b>Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)</b>
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: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>El 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.”

<sup>2</sup>Las 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)<sup>1</sup>    Amount: \$ \_\_\_\_\_

Basis of Charity Care Determination:

Income/Asset Qualification: \_\_\_\_\_    Catastrophic Qualification: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>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: \_\_\_\_\_

***File Copy (Scanned) – Business Office Patient Folder***