

Apéndice A

APLICACION DE ASISTENCIA FINANCIERA
--

Fecha: _____

Incompleta: _____ Aprobada: _____ Denegada _____

Con el fin de emitir esta aplicación de manera rápida, responda todas las preguntas con la mayor claridad y veracidad posibles. Para que su solicitud se considere completa debe incluir los siguientes documentos: Prueba de ingresos de los últimos tres meses del paciente y otros miembros del hogar mayores de 18 años y el retorno de taxes mas reciente.

La aplicación se considerara incompleta si no envia los documentos requeridos. Si usted no puede enviar toda la información, el Hospital Cabell Huntington tratará de recolectar la información necesaria. Si no puede proveer la información requerida por la Póliza de Asistencia Financiera del Paciente, la solicitud será rechazada en las fechas que fue solicitada.

Nombre: _____

Cónyuge: _____

Apellido Nombre

Apellido Nombre

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ultimos 4 dígitos de SS: _____

Ultimos 4 dígitos de SS _____

1. Paciente trabaja actualmente?: Si o No

Nombre de la compañía: _____

Dirección de la compañía : _____

Duración en el presente empleo: _____

Cónyuge Trabaja actualmente?: Si o No

Nombre de la compañía: _____

Dirección de la compañía: _____

Duración en el presente empleo: _____

2. Si usted no trabaja, provea una lista con sus últimos empleos:

Compañía: _____

Dirección: _____

Fecha del último trabajo: _____

3. Cuántas personas son dependientes en su hogar, inclúyase usted? _____

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Tiene alguna otra deuda sin saldar con el Hospital CabellHuntington? _____

5. Posee cobertura de Seguro: Si No Nombre de la Compañía: _____

Número de Póliza: _____

6. Fue admitido(a) al hospital for razones de accidente laboral or professional? _____

Si su respuesta es si, explique la causa _____

Ingresos Mensuales

Salario _____ Otro (explique) _____

Salario del Cónyuge _____ Otro (explique) _____

Pensiones _____ Otro (explique) _____

(Para que su solicitud se considere completa, llene todos los datos y finalice con su firma)

Gastos Mensuales

Acreeedor	Monto del Pago
Renta/Alquiler/Pago de Casa _____	Teléfono _____
Electricidad _____	Cable _____
Gas _____	Basura _____
Agua _____	Alimentos _____

Seguro de Automóvil _____

Medicinas _____

Seguro Inmobiliario _____

Seguro de Salud _____

Enseres _____

Tarjetas de Crédito: _____

balance _____

Préstamos: _____

balance _____

Otro (Explique) _____

balance _____

Otros Gastos Médicos _____

balance _____

Bienes

Deudas

Automóvil (marca, modelo, año)

Préstamo _____

Vehículo #1 _____

Vehículo #2 _____

Vehículo #3 _____

Vehículo #4 _____

Inmueble _____

Préstamo _____

Ahorros de Retiro (Explique) _____

\$ _____

Propiedad Propia (Valor) _____

Préstamos Personales _____

Seguro de Vida (Valor) _____

Préstamos de seguro de vida _____

Certificados de Depósito _____

Saldos de Tarjetas de Crédito _____

Bonos y Acciones _____

Responsabilidad Médica _____

Cuentas de Ahorro _____

Saldo de Impuestos Inmobiliarios _____

Cuenta Corriente _____

Otros Préstamos a Plazo _____

Efectivo al Corriente _____

Otro (explique) _____

Otro _____

Otro _____ Subtotal \$: _____

TOTAL DE ACTIVOS \$ _____

TOTAL DE DEUDAS \$ _____

Yo certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Yo autorizo al Hospital Cabell Huntington para que verifique cualquier información indicada anteriormente. Yo reconozco que esta solicitud pertenece solamente a este hospital.

Firma del Solicitante