



Franciscan Healthcare

Your health is our passion.

430 N. Monitor Street | West Point, NE 68788 | P: 402.372.2404 | F: 402.372.2360

APLICACION DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta información es confidencial y se utilizará sólo para tomar una decisión para fines de pago.

Por favor complete este formulario para solicitud y devuelva la aplicación a: _____.

Si usted tiene preguntas, póngase en contacto con _____ 402-372-4029.

Por favor adjunte una copia de sus impuestos más actual (1040 o 1040A)

Paciente/Garantor:

Nombre _____ Seguro Social # (opcional) _____ Fecha de Nacimiento _____

Pareja:

Nombre _____ Seguro Social # (opcional) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección:

Calle _____ Ciudad, Estado _____ Código postal _____ Número de Teléfono _____

Empleo del Garantor:

Nombre _____ Dirección _____ Ocupación _____ Número de Teléfono _____

Empleador de la pareja:

Nombre _____ Dirección _____ Ocupación _____ Número de Teléfono _____

Número de personas en casa (Incluyéndose usted) _____ Adultos _____ Niños _____

¿Alguna vez ha aplicado para bancarrota? _____ Si _____ No _____ Si es un sí, Fecha: _____

Información Financiera: (Ingreso mensual por hogar)

ADJUNTAR COPIA DE TALONES DE PAGO

INGRESOS

Fuentes de Ingresos	Garantor	Pareja
Salario bruto mensual		
Ingresos de autoempleo		
Asistencia Pública		
Seguro Social		
Desempleo		
Compensación de Trabajo		
Pensión Alimenticia		
Manutención de hijos		
Dotaciones millitares		
Pensión/Retiro		
Ingresos por alquiler		
Otras fuentes		
Total Ingresos		

GASTOS

Gastos Mensuales	Total de Gastos
Renta	\$
Pensión Alimenticia	\$
Manutención de hijos	\$
Alimentos y abarrotes	\$
Electricidad	\$
Gas	\$
Agua/Alcantarillado/Basura	\$
Telefono/Celular	\$
Cable	\$
Ropa	\$
Aseguración de carros	\$
Aseguración de Salud	\$
Medical (no pagado por el seguro)	\$
Propietarios de vivienda o seguro de inquilino	\$
Cuidado de niños	\$
Pagos de Jubilación	\$
Otros	\$
Total línea A:	\$

¿Has solicitado un préstamo comercial? ____ Si ____ No ____ Aprobado ____ denegado, de ser así fecha _____ Nombre de la institución de préstamo: _____

Ha aplicado para: _____ Medicaid _____ Seguro Social o Incapacidad
Fecha de Aprobación: _____ Fecha de Negación: _____

Si espera un cambio en ingresos, salud u otras circunstancias, o no puede proporcionar la información solicitada, entonces por favor explique. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Yo (nosotros) certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta a lo mejor de mi (nuestro) conocimiento. Yo (Nosotros) autorizo al hospital o sus agentes a verificar la información proporcionada en esta solicitud. Yo (Nosotros) autorizo a que verificación puede incluir, sin limitarse a, la consulta de mi (nuestra) historia de crédito a través de una agencia de informes de crédito. Si alguno de los datos resulta para ser falso, entonces (nosotros) entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi (nuestra) situación financiera y tomar cualquier acción que considere apropiada.

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Fecha

Firma

Firma

Fecha

Por favor adjunte una copia de la presentación formas de impuestos más actual (1040 o 1040A)

Este formulario debe ser completado en su totalidad. Si no proporcionan la información necesaria los representantes de los servicios de cuidado de franciscano su aplicación no será revisada.