

**1. Informacion de Solicitante.**

Apellido	Nombre	Financial Assistance Sequential Control Number
Direccion De La Calle		Numeros De Telefono Casa Trabajo Celular
Ciudad	Estado	Codigo Postal
Fecha De Nacimiento		Masculino Feminino/Esta Usted Embarazada? Si ___ No ___

¿Es usted? sin hacer? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 desempleado? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 sin seguro? Si \_\_\_ No \_\_\_

**2. Si usted esta aplicancto por alguien, complete esta seccion.**

Apellido	Nombre	Relacion al solicitante
Direccion De La Calle		Numeros de Telefono Casa Trabajo Celular
Ciudad	Estado	Codigo Postal
		Direcion Que Envia

**3. información de la familia.** Apunte la gente en su familia que vive con usted y usted apoya con sus ingresos. Incluya a su esposo, niños dependientes bajo edad 18 y ancianos dependientes que vivan con usted. Si esta aplicacion es para un niño bajo edad de 18, incluya a los hermanos y las hermanas debajo de 18 y el padre o los padres del niño viven con usted,

**4. Renta Ganada De La Lista. Cada Cuandi?**

Nombre Del Miembro De Trabajo De La Familia	Nombre Y Direceccion Del Patron	La Cantidad Gano	Semanal/Mensual?Anualmente

**5. Miembro De La Familia Que Recibe Ingresos.**

Tipo De Ingresos	Miemro De La Familia Que Recibe Ingresos	Cantidad	Semanal/Mensual?Anualmente

Seguridad Social			
Retiro Del Ferrocarril			
Ventajas Del Veterano			
Fondos De Retiros			
Anualidades			
Pensiones			
Ayuda De Nino			
Alimentos			
Desempleo			
Remuneracion De Los Trabajadores			
Renta			
Renta De La Confianza			
Alivio General Del Condado			
Programa Del Restablecimiento Del Refugiado			
Renta De Divendo			
Cuenta Bancaria			
Otros Ingresos, Especifique Por Favor			

**6. Otros Gastos.** Complete esta seccion si usted o cualquier persona en la seccion 3 requiere hacer pagos para los gastos abajo junto con laprueba de estos costos.

Tipo Del Pago	Recipiente Nombre/Relacion	Cantidad Pagada	Semanal/Mensual?Anualmente
Alimentos			
Ayuda De Nino			
Pago De Coche			
Hipoteca/Renta			
Utilidades			
Tarjetas De Credito			
Otros Gastos			

**7. Otro Seguro.** Puede pagar las cosas tales como sus co-pagos y deductibles incluso si usted tiene otro seguro medicaoo.

a. Es usted cubrio bajo cualquier programa del seguro medico, incluyendo seguro de enfermedad.

Nombre Del Asegurado	Compania De Seguros	Numero De La Polizade Seguro

b. ¿Usted esta buscando "Financial Assistance" debido a un accidente o lesion trabajar relacionado? Si \_\_\_No \_\_\_

c. ¿Usted está buscando cuidado de la caridad debido a un accidente de tráfico? Si \_\_\_No \_\_\_

d. ¿Es usted un estudiante? Si \_\_\_No\_\_\_¿Si sí, es usted a tiempo completo? Si \_\_\_No \_\_\_

e. ¿Usted tiene un uso para ninguno de estos programas?  
Medicaid \_\_\_ Medicare \_\_\_

f. ¿Le aprueban actualmente para el cuidado de la caridad en otro centro de salud del hospital o de la comunidad? Y \_\_\_N\_\_\_  
¿Si sí, dónde? \_\_\_\_\_.

**8. Cuentas Medicas.** Cuentas medicas totales \_\_\_\_\_.

¿Porque no puede usted pagas sus costos medicos? ¿Porque necessita "Financial Assistance"? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Pertenencia Etnica/Raza.** No sera utilizado para determinar elegibilidad. o

- Asiatico
- Africano-Americano
- Latino
- Indio Americano
- Caucasico
- Otro
- No Deseo Contestar

Esto esta para los propositos de la coleccion y del analisis de datos solamente.

**10. Asignacion De Los Derechos.** Lea esta seccion cuidadosamente y firme. Yo estoy en acuerdo de informar al hospital sobre cambios por el estado de familia incluyendo: cobertura del tamaño, de la renta y de seguro de la familia para la cual podria cambiar mi elegibilidad para el programa "Financial Assistance".

Toda esta informacion en este uso es verdad al mayor de mi conocimiento. Acuerdo proporcionar la documentacion por requerimiento.

**Entiendo que este hospital no puede compartir la informacion confidencial con ningun estado o la agencia federal sin mi aprobacion anterior.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado Fecha Si usted tiene preguntas sobre esta aplicacion, entre en contacto con el representante del programa "Financial Assistance" al 269-273- 9769. Envies u aplicacion completa a:

Three Rivers Health 701 S Health Parkway Three Rivers, MI 49093

Appendix B Letter to Patient Regarding Financial Assistance Availability