



FALLS COMMUNITY HOSPITAL & CLINIC

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La politica de Falls Community Hospital & Clinic es proporcionar servicios esenciales independientemente de los pacientes habilidad para pagar. Los descuentos se ofrecen segun el tamano de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete el siguiente informacion y vuelva a la recepcion para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. Si es elegible, usted o los miembros de su familia recibiran una tarjeta que debe presentarse para registrarse. Al recibir servicios. No recibira el descuento si no presenta la tarjeta.

El descuento se aplicara a todos los servicios recibidos en esta clinica, pero no a aquellos servicios o equipos que son comprador desde el exterior, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, mdeicamentos e interpretacion de rayos X por una consultora radiologo, y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situacion financiera cambios.

Nombre:	Lugar de empleo:
Direccion: Cuidad, Estado , Codigo postal:	Numero de Telefono:
Tiempo en esta direccion :	Emergencia Contacto:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
YO:		DEPENDIENTE:	
ESPOSA:		DEPENDIENTE:	
DEPENDIENTE:		DEPENDIENTE:	
DEPENDIENTE:		DEPENDIENTE:	

INGRESOS	YO	ESPOSA	OTRO	TOTAL
Salarios brutos, sueldos, consejos, etc.				
Ingreso de negocio, auto-empleo, y dependientes.				
Desempleo compensacion Social Seguridad, publica asistencia veterana pagos, sobreviviente prestaciones,				
Interest, dividends, rents, royalties, income from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources				
INGRESOS TOTALES				

SE REQUIEREN COPIAS DE DEVOLUCION DE IMPUESTOS, PAGOS DE PAGO U OTRA INFORMACION QUE VERIFICA INGRESOS ANTES DE QUE SE APRUEBE UN DESCUENTO.

Certifico que la informacion sobre el tamano de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre (Imprimir): _____

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Nombre de Paciente: _____

Descuento Aprobado: _____

Aprobado por: _____

Fecha: _____

LISTA DE VERIFICACION	SI	NO
Identificacion/Direccion: Licencia de conducir, facture de servicios publicos, identificacion de empleo, o otro		
Ingresos: declaracion de impuestos del ano anterior, tres talons de pago mas recientes, u otros		
Seguros: Tarjetas de seguros		