

HANSEN FAMILY HOSPITAL
641-648-7018

Compartir Espiritualmente Aplicación Financiera

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE ESTA APLICACION Y DEVUELVA LA DENTRO DE LOS 10 DIAS SIGUIENTES. LA APLICACION NO PUEDE SER PROCESADA O EVALUADA SIN VERIFICACION DE INGRESOS. SI USTED NO TIENE INGRESOS, POR FAVOR PROPORCIONE EXPLICACION DE COMO SUS GASTOS DE VIDA (CASA, COMIDA, SERVICIOS, ETC) SON PAGADOS. GRACIAS.

Numero de Cuenta _____ Balance de Cuenta _____
Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____ Telefono _____
_____ No. Seguro Social _____

POR FAVOR PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACION PARA LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Direccion (si es diferente) _____ Telefono _____
_____ No. Seguridad Social _____

POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACION PARA TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR

(Adjuna hojas adicionales si es necesario)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion con el paciente	No. Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Usted tiene Aseguranza? ___ No ___ Si Usted tiene Medicaid? ___ No ___ Si

Usted tiene Medicare? ___ No ___ Si

Es usted o alguien en su hogar, un veterano? ___ No ___ Si En caso afirmativo, Nombre _____

INGRESOS DEL HOGAR POR EMPLEO

Persona empleada	Empleador	Ingreso Bruto	Por
_____	_____	_____	___ Semana ___ 2 Semanas ___ Mes___
_____	_____	_____	___ Semana ___ 2 Semanas ___ Mes___
_____	_____	_____	___ Semana ___ 2 Semanas ___ Mes___

INGRESOS DEL HOGAR POR OTRAS FUENTES

Asistencia Infantil / Pension Alimenticia..... \$ _____
Estampillas de Comida/ Cuidado de Niños / Asistencia Municipal / Iglesia..... \$ _____
Ingreso/Asistencia/Programas de almuerzo, etc..... \$ _____
Pension / Seguro Social / Seguro Social por Invalidez..... \$ _____
Arriendo de propiedad..... \$ _____
Acciones, Bonos, Anualidad, Interes..... \$ _____
Desempleo o Compensacion de Trabajadores..... \$ _____
Otro..... \$ _____

TOTAL INGRESOS BRUTOS MENSUALES: \$ _____

OTRA INFORMACION QUE DEBAMOS SABER PARA COMPRENDER MEJOR SU SITUACION FINANCIERA:

****Por favor incluya verificación de ingresos, 3 desprendibles de pago recientes, extractos bancarios y declaración de impuestos con todos los documentos.****

Yo certifico que toda la información es verdadera y completa, de acuerdo a mi pleno entendimiento. Yo entiendo que la información provista será verificada y tratada como personal y confidencial. Yo autorizo a Hansen Family Hospital para obtener información bancaria e información de empleo adicional. Yo autorizo la liberación de cualquier y toda información por parte de la División de Servicios de Familia y Niños de Iowa. **Yo entiendo que debo proveer verificación de ingresos.** Yo también entiendo que seré responsable por el pago completo de cualquier servicio proporcionado por Hansen Family Hospital si la información anterior es dada bajo falsas pretensiones.

Firma _____ Fecha _____

OFFICE USE ONLY

Approved for financial assistance No _____ Yes _____ What % _____

Renewal Date _____

Denial Reason: _____