



**ROCHELLE COMMUNITY HOSPITAL
APLICACION PARA AYUDA FINANCIERA**

El paciente o el Representante Paciente son requeridos a completar la aplicación siguiente. El Paciente o un agente oficial para el paciente deben firmar esta forma. Adjunte la documentación necesaria de apoyo como indicado en la carta de presentación.

Nombre del Paciente: _____ Numero de Teléfono de Su Casa: _____

Domicilio del Paciente: _____
Numero de Calle Ciudad Estado Zona Postal

Numero de Seguro Social del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Empleo: _____ Duración de empleo: _____

Nombre y Dirección de Su Patrón (a): _____

Ingreso del Paciente: _____ Por semana Por mes Por ano

Empleo de su Esposo(a): _____ Duración del empleo: _____

Nombre y Dirección del Patrón (a) de su Esposo (a): _____

Ingreso de Esposo(a): _____ Por semana Por mes Por ano

Otro ingreso para el paciente y/o el (la) esposo(a):

Ingreso de Seguro Social: _____ Pensión: _____

Desempleo: _____ Ingreso de Interés: _____

Alimenticia: _____ Trabaja por cuenta propia: _____

Incapacidad o Compensación para trabajadores: _____ Otro: _____

(Identifique la fuente)

Activos:

Cuenta Bancaria (s), Nombre del Banco y Numero de la Cuenta:

Propietario (a): Si No Estimación del balance de hipoteca: _____

Nombre y Dirección del acreedor hipotecario o Dueño: _____

Pago de Renta o de Hipoteca Cada Mes: _____ Estimación de precio de mercado de su casa: _____

Propietario del coche: Si No Ano/Modelo: _____ Estimación del valor: _____

Saldo pendiente en su préstamo de coche: _____

Rochelle Community Hospital
Aplicación Para Asistencia Financiera
Página 2 de 2

Enumere su deuda pendiente de pago, una estimación de la balanza y sus pagos mensuales:

Enumere todos los miembros de su familia que viven en su casa o quien se puede incluir en su declaración federal de impuestos:

<u>Nombre del Miembro de Familia</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Relación al Paciente</u>
--------------------------------------	----------------------------	-----------------------------

1.		Paciente
2.		Esposo(a)
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Por la presente certifico que las declaraciones son verdades y completos y han hecho por el único propósito de la elegibilidad determinante para la ayuda financiera. Conuerdo en proporcionar la comprobación necesaria de mis ingresos. Autorizo el Hospital de la Comunidad de Rochelle a hacer las investigaciones que son creídas necesario para verificar la certeza de las declaraciones inclusive pero no limitados a, el consumidor registra de agencias de cobertura de consumidor y acredita información de listó el banco y otras instituciones financieras, el presente y empleadores anteriores, los propietarios y los acreedores. Autorizo también cualquier persona o la agencia de la cobertura de consumidor a proporcionar el Hospital de la Comunidad de Rochelle cualquier información que lo puede tener o puede obtener en respuesta a las investigaciones.

Firma de Paciente o Fiador

Fecha