

**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: \_\_\_\_\_

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

## ***OPCIONAL***

*Estamos obligados a solicitar la siguiente información demográfica.  
Su respuesta o la falta de ella no influye en la determinación de la asistencia financiera.*

Raza: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

**Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera del hospital se pueden informar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois. (877) 305-5145.**

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>