

AnMed Health Cannon

Solicitud para Asistencia Financiera

Nombre completo:		Núm. de cuenta:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Núm. de seguro social: - -
Núm. de teléfono de residencia: ()- -		Condado:	Estado Marital:
Núm. de celular: ()- -			
Dirección de Correo Electrónico:			
Residente/Ciudadano Legal: Si o No	Lugar de Nacimiento:		¿Desde cuándo ha vivido en EUA?:
Contacto de Emergencia:			Teléfono: ()- -
Nombre de Compañía de Seguro de Salud:			
Nombre del Asegurado:		Núm. de Póliza:	
Núm. de Grupo:		Día de Efectividad:	

Lista de todos los Miembros del Hogar :

Nombre	Fecha de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Parentesco con el Paciente	Sexo/Raza
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/

Lugar de Empleo Actual:		Sueldo \$	Hora/semanal
Puesto/Cargo:		Fecha Contratado:	
Teléfono: ()- -			
Empleo Anterior:		Puesto/Cargo:	
COBRA: En los últimos 60 días, ¿ha perdido su trabajo un miembro del hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Recibió él/ella una notificación para elección a COBRA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Elegió él/ella cobertura por COBRA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si él/ella no eligió cobertura por COBRA, favor de seleccionar una: <input type="checkbox"/> prima muy cara <input type="checkbox"/> nueva cobertura			

Entrada Bruta	Salario del Paciente	Salario del Cónyuge
Salario	\$	\$
Pensión/Retiro	\$	\$
Retiro de Seguro Social	\$	\$
Seguro Social por Incapacidad	\$	\$
Beneficios por Veterano	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Manutención para los hijos	\$	\$
Asistencia de Vivienda/Servicios Públicos	\$	\$
Estampillas para Alimentos	\$	\$
Pensión Conyugal	\$	\$

Otros Ingresos	\$	\$
----------------	----	----

Propietario de:	Valor sobre el Impuesto	Préstamo	Compañía Financiera
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

OTROS:

Año/Marca/Modelo de todo Vehículo/ Bote/ Motora/Casa Remolque/Casa Rodante	Valor sobre el Impuesto	Préstamo	Banco/Prestamista
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Cuentas	Cantidad	Institución y Lugar	Núm. de Cuenta	Cuenta Conjunta?	Cuenta Individual?
Cheques	\$				
Cheques	\$				
Ahorro	\$				
Ahorro	\$				
CD/Certificado de Depósito	\$				
Acciones/Bono de Alto Rendimiento	\$				
IRA / 401K	\$				

Yo, por la presente certifico, que a mi entender, la información provista en ésta Declaración Financiera del Paciente, es verídica, acertada y completa. Yo, por la presente, autorizo el Hospital a ponerse en contacto con cualquier persona, firma u organización para verificar cualquier información provista y yo, por la presente autorizo a cualquier persona, firma u organización, a divulgar al Hospital cualquier información financiera requerida. El hospital me ha provisto información relacionada a las opciones disponibles para seguro. Si el hospital determina que puedo ser elegible para cobertura como Medicaid, estoy dispuesta a cooperar con los esfuerzos de la facilidad para obtener beneficios.

Firmas	Fecha	Testigo
Paciente/Padre: X		
Representante del Paciente:		
NOTA: El Padre debe firmar por su hijo menor de edad.		
Otra información que desee proveer.		

Envíe la solicitud completada a:
 AnMed Health Cannon
 Attention Financial Counselor
 PO Box 188
 Pickens, SC 29621