

Financial Hardship Application/Aplicación para ayuda financiera

Nombre del aplicante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del paciente _____ Acct No _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador _____ Posición _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Por cuánto tiempo? _____

Nombre de cónyuge _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador de su cónyuge _____ Posición _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Por cuánto tiempo? _____

Número de familiares en su casa (Lista nombre y relación) _____

(Incluyendolo a usted, su cónyuge, sus hijos, y cualquier persona que vive con usted a quien mantiene. También estudiantes, sin importar su lugar de residencia, quienes son mantenidos por sus padres, u otros de parentesco natural, matrimonio, adopción, se consideran como personas que residen con usted si los mantiene de manera financiera)

¿Ha aplicado por ayuda financiera del gobierno? **Sí / No** ¿Si no, por qué? _____

¿Tiene un póliza de cáncer? **Sí / No**

Financial Hardship Application/ Aplicación para ayuda financier

Financial Status Documentation/ Documentación de Estado Financiero

Ingreso: Favor de apuntar el ingreso de su familia en cuanto a:

	Ingreso Bruto/Gross Ultimos 3 meses	Ingreso Bruto/Gross Ultimos 12 meses
Salario/Wages	_____	_____
Public & Emergency Assistance	_____	_____
Seguro Social/Social Security	_____	_____
Desempleo /Unemployment Compensation	_____	_____
Remuneracion de trabajadores/Work comp.	_____	_____
Agricultor o trabaja por cuenta propia/ Farm or Self Employment	_____	_____
Beneficios de huelga/Strike Benefits	_____	_____
Pensión alimenticia/Alimony	_____	_____
Manutención de hijos/Child support	_____	_____
Beneficios militares/Military Family Allotments	_____	_____
Pensiones/Pensions	_____	_____
De intereses o cuentas/IncomeDividends/Interest	_____	_____
Propiedades de renta/Rental Property	_____	_____
Otro/Other	_____	_____
Total:	_____	_____

Nota: Por favor trate de apuntar en detalle sus ingresos y gastos. Incluya alguna prueba de ingreso (talones de cheque, formularios W-2, formulario de ingresos, etc.

Financial Hardship Application/ Aplicación para ayuda financier

Financial Status Documentation/ Documentación de Estado Financiero

Gastos: Apunte todos sus pagos mensuales y balances aproximados. Sea específico cuando le sea posible.

	Quién recibe su pago	Pago Mensual	Balance
Renta/Hipoteca//Rent/House Payment	_____	_____	_____
Electricidad/Gas//Electric/Gas	_____	_____	_____
Agua/Water	_____	_____	_____
Teléfono/Telephone	_____	_____	_____
Cable TV	_____	_____	_____
Estimado (Comida)/Food Estimate	_____	_____	_____
Préstamo (Carro)/Car Loan	_____	_____	_____
Aseguranza (Auto)/Car Insurance	_____	_____	_____
Gas	_____	_____	_____
Tarjetas de Crédito/Credit Cards:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Aseguranza Médica/Health Insurance	_____	_____	_____
Seguro de Vida/Life Insurance	_____	_____	_____
Medicamentos (Recetados)/Rx Medicines	_____	_____	_____
Cuidado de niños/Child Care	_____	_____	_____
Otro/Other	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Total	_____	_____	_____

Financial Hardship Application/ Aplicación para ayuda financier

Hago esta petición para que Central Care, PA haga una determinación escrita de mi elegibilidad para ayuda financiera. Atestigo que la información que he provisto es verídica y correcta. Entiendo que la información que someto en cuanto a mi ingreso, gastos, y tamaño de mi familia se pueden sujetar a verificación de parte de Central Care, PA y doy mi autorización para que se verifique. Doy mi autorización para que mis empleadores/instituciones compartan esta información. Entiendo que si se verifica que la información que he sometido es falsa, esa determinación resultará en que se me niegue ayuda financiera, y que seré responsable por todos los cargos de los servicios provistos. De acuerdo con las leyes de HIPAA, toda mi información personal se mantendrá privada y segura por parte de Central Care PA.

Firma/Signature

Fecha/Date

Witness

Fecha/Date

This document was received on the _____ day of _____, _____ by _____.