

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION APLICACIÓN PARA AYUDA CON GASTOS MÉDICOS

NAME: LAST [APELLIDO] FIRST [NOMBRE] M.I. [INICIAL]

ADDRESS: STREET [DIRECCIÓN] CITY/STATE [CIUDAD/ESTADO] ZIP [CÓDIGO POSTAL]

SOCIAL SECURITY NUMBER [Nº SEGURO SOCIAL] DATE OF BIRTH [FECHA DE NACIMIENTO] HOME PHONE [TELÉFONO]

SPOUSE'S NAME & SOCIAL SECURITY NUMBER [Nº SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE] DATE OF BIRTH [FECHA DE NACIMIENTO] EMPLOYER [EMPLEADOR]

CALCULATION OF DEPENDENTS CALCULO SEGÚN DEPENDIENTES

- a. Yourself [Tu mismo(a)]
b. Spouse [Cónyuge]
c. _____ Number of your dependent children who live with you.
_____ [Cantidad de hijos dependientes que viven con usted en el hogar.]

FINANCIAL INFORMATION INFORMACIÓN FINANCIERA

- Do you have a checking account?** _____ Yes _____ No If yes, please enclose a copy of the most recent bank statements.
¿Tiene una cuenta corriente? _____ Sí _____ No Si contesto, "sí," por favor adjunte una copia del saldo bancario mas reciente.
- Do you have a savings account?** _____ Yes _____ No If yes, please enclose a copy of the most recent bank statements.
¿Tiene una caja de ahorros? _____ Sí _____ No Si contesto, "sí," por favor adjunte una copia del saldo bancario mas reciente.
- Do you have stocks or bonds?** _____ Yes _____ No Value: _____
¿Tiene acciones o bonos? _____ Sí _____ No Valor: _____
- Do you have certificates of deposit?** _____ Yes _____ No Value: _____
¿Tiene depósitos a plazo fijo? _____ Sí _____ No Valor: _____
- Do you have IRAs?** _____ Yes _____ No Value: _____
¿Tiene plan IRA? _____ Sí _____ No Valor: _____

Do you have 401(k)? _____ Yes _____ No Value: _____
 ¿Tiene plan 401(k)? _____ Sí _____ No Valor: _____

Do you have 403(b)? _____ Yes _____ No Value: _____
 ¿Tiene plan 401(b)? _____ Sí _____ No Valor: _____

Do you have other? _____ Yes _____ No Value: _____
 ¿Tiene otras? _____ Sí _____ No Valor: _____

Do you own your own home? _____ Yes _____ No Taxable Value: _____ Balance Owed: _____
 ¿Es el propietario de su vivienda? _____ Sí _____ No Valor Pasible De Impuestos: _____ Saldo Que Se Debe: _____

Do you own your own business? _____ Yes _____ No Taxable Value: _____ Balance Owed: _____
 ¿Es propietario de un negocio? _____ Sí _____ No Valor Pasible De Impuestos: _____ Saldo Que Se Debe: _____

Do you own other land or buildings? _____ Yes _____ No Taxable Value: _____ Balance Owed: _____
 ¿Es propietario de terrenos o edificios? _____ Sí _____ No Valor Pasible De Impuestos: _____ Saldo Que Se Debe: _____

Patient/Guarantor Income [Ingresos del paciente o de la garantía]	Spouse Income [Ingresos del cónyuge]
Monthly Pension [Pensión Mensual] _____	Monthly Pension [Pensión Mensual] _____
Monthly Social Security [Seguro Social Mensual] _____	Monthly Social Security [Seguro Social Mensual] _____
Monthly Disability [Pago Mensual Por Discapacidad] _____	Monthly Disability [Pago Mensual Por Discapacidad] _____
Monthly Interest Income [Interés Ganado Mensual] _____	Monthly Interest Income [Interés Ganado Mensual] _____
Monthly Rental Income [Ingreso Mensual Por Rentas] _____	Monthly Rental Income [Ingreso Mensual Por Rentas] _____
Monthly Other Income [Otros Ingresos Mensuales] _____	Monthly Other Income [Otros Ingresos Mensuales] _____
If employed, hourly wage [Si Esta Empleado, Salario Por Hora] _____	If employed, hourly wage [Si Esta Empleado, Salario Por Hora] _____

MEDICAL DEBT/CREDIT CARD DEBT
[DEUDAS POR GASTOS MÉDICOS/DEUDAS CON TARJETAS DE CRÉDITO]

DEBT [DEUDAS]	AMOUNT OWED [CANTIDAD QUE SE DEBE]
Credit Card Debt/Deudas Con Tarjeta De Crédito	
Bellin Health Care Debt/Deuda Con Bellin Health Care	
Other Health Care Debt/Otras Deudas Por Gastos Médicos	
TOTAL	

I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. Further, I will make application for any assistance (Medicaid, Medicare, insurance, etc.), which may be applicable for payment of my hospital charge, and I will take any action reasonably necessary to obtain such assistance and will assign or pay to the hospital the amount recovered for hospital charges. If any information I have given proves to be untrue, I understand that the hospital may reevaluate my financial status and take whatever action becomes appropriate.

[Certifico que la información anteriormente presentada es veraz y correcta según mi leal saber y entender. Asimismo, solicitaré todo tipo de ayuda tal como Medicaid, Medicare, seguro, etc. disponibles para pagar mis gastos en el hospital. Tomaré todas las medidas razonables y necesarias para obtener dicha ayuda, y le asignaré y pagare al hospital el monto recuperado para dichos gastos. Si cualquier dato o información que haya proporcionado se prueba que es falso, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier medida que sea apropiada.]

DATE OF REQUEST: _____ APPLICANT'S SIGNATURE: _____
 [FECHA DE LA SOLICITUD] [FIRMA DEL SOLICITANTE]