



APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor complete el formulario y regréselo al:

Agnesian HealthCare, Attn: Community Care, 430 E. Division Street Fond du Lac, WI 54935 • (920) 926-4841

Quien lo refirió: _____ Fecha: _____ Fecha límite: _____

Nombre del paciente: _____

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE- ASEGURESE EN PROVEER TODA LA INFORMACION REQUERIDA)

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Soltero/a

Condado: _____ Nombre de cónyuge: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento de cónyuge: _____

Numero de seguro social: _____ Numero de seguro social de cónyuge: _____

Seguro médico: _____ Seguro médico: _____

Prima de seguro: _____ Prima de seguro: _____

¿Ofrece su compañía seguro médico? Si No ¿Ofrece su compañía seguro médico? Si No

¿Esta elegible para el seguro? Si No ¿Esta elegible para el seguro? Si No

¿Se ha excluido voluntariamente del seguro de la empresa? Si No ¿Se ha excluido voluntariamente del seguro de la empresa? Si No

Lista de dependientes que viven con usted

Nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Relación:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información acerca del empleo del solicitante

Solicitante primario: _____ Cónyuge: _____

Compañía: _____ Compañía: _____

Ciudad/Estado: _____ Ciudad/Estado: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Fecha que fue contratado: _____ Fecha que fue contratado: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Salario bruto mensual: _____ Salario bruto mensual: _____

Razón por la cual está aplicando: _____

Fuentes de ingreso adicionales del solicitante primario

\$ _____ Interés, dividendos
 \$ _____ Ganancias de alquiler
 \$ _____ Programa Food Share
 \$ _____ Pensión alimenticia/manutención
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Compensación al trabajador
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Trabajo de cuenta propia/granja
 \$ _____ Seguro social/ingreso suplementario
 \$ _____ Beneficios de veterano
 \$ _____ Otros ingresos

Fuentes de ingreso adicionales de cónyuge

\$ _____ Interés, dividendos
 \$ _____ Ganancias de alquiler
 \$ _____ Programa Food Share
 \$ _____ Pensión alimenticia/manutención
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Compensación al trabajador
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Trabajos de cuenta propia/granja
 \$ _____ Seguro social/ingreso suplementario
 \$ _____ Beneficios de veterano
 \$ _____ Otros ingresos

Bienes muebles

\$ _____ Saldo de cuenta corriente/debito
 \$ _____ Acciones
 \$ _____ Bonos
 \$ _____ Cuenta individual de retiro

\$ _____ Saldo de cuenta de ahorros
 \$ _____ Certificado de depósito a plazo fijo
 \$ _____ 401K
 \$ _____ Otros bienes/HSA/FSA

Propiedad

Residencia: Alquila \$ _____ Casa propia \$ _____ Si no pago alquiler o hipoteca mensual explique por qué: _____

Certifico que la información previa referente a sus ingresos/gastos es verdadera y correcta.

Por favor esté al tanto que puede que repasemos la información que ha provisto en conjunto con su reporte de crédito para verificar las deudas citadas.

Firma- Solicitante: _____ Firma-cónyuge: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Renuncia de información financiera/medica

Yo, _____, autorizo al programa de asistencia financiera de Agnesian HealthCare que obtenga cualquier información personal contenida por la administración de Seguro Social, servicios sociales del condado, instituciones de préstamos, compañías de seguro y trabajo, con el propósito de determinar nuestra elegibilidad de asistencia financiera o financiación de Samaritan Health Clinic. Esta autorización permanecerá valida por un periodo de seis meses de la fecha firmada o puede ser anulada por mí mismo en cualquier momento, (excepto al punto que Agnesian HealthCare ya haya actuado en dependencia de la misma). Entiendo que una fotocopia de este consentimiento es válida tal como la original. Por la presente certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta.

Además autorizo la renuncia de mi información médica que tiene que ver con mi cuidado y tratamiento a cualquier hospital, medico u otro proveedor de salud médica en conexión con mi tratamiento posterior. Entiendo que la información específica que puede ser divulgada incluye diagnóstico y tratamiento de una enfermedad física, quizás incluida enfermedad emocional, o abuso de drogas o alcohol.

Firma- Solicitante: _____ Fecha: _____

Office Use Only

Community Care Approval Date: _____ Discount Percent: _____ Denial Date: _____