



# SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

800 North Fant Street, Anderson, South Carolina 29621

Nombre Completo:		Num. de Cuenta:	FDN:
Dirección:		SS: - -	
Tel Res: - -	Tel Cel: - -	Condado:	Estado marital:
Dirección de Correo Electrónico:			
Residente/Ciudadano Legal: Sí o No	Lugar de Nacimiento:	¿Desde cuándo ha vivido en EUA?:	
Contacto de Emergencia:			Tel: - -
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	Relación con el Paciente	Sexo/Raza
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/

Lugar de Empleo Actual:	Salario \$	Hora/Semana
Puesto/Cargo:	Fecha Contratado:	
Teléfono: ( )- -		
Empleo Anterior:	Puesto/Cargo:	
<b>COBRA:</b> En los últimos 60 días, ¿ha perdido su trabajo un miembro del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Recibió él/ella una notificación para elección a COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Elegió él/ella cobertura por COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <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
Salarios	\$	\$
Pensión/Retiro	\$	\$
Retiro de Seguro Social	\$	\$
Seguro Scoail por Incapacidad	\$	\$
Beneficios por Veteranos	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Manutención para los Hijos	\$	\$
Asistencia de Vivienda/Utilidades	\$	\$
Estampillas para Alimentos	\$	\$
Pensión Conyugal	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$

<b>Propietario de:</b>	<b>Valor sobre el Impuesto</b>	<b>Préstamo</b>	<b>Compañía Financiera</b>
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

**OTROS**

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

<b>Cuentas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Institución y Lugar</b>	<b>Núm. de Cuenta</b>	<b>¿Cuenta Conjunta?</b>	<b>¿Cuenta Individual?</b>
Cheques	\$				
Cheques	\$				
Ahorro	\$				
Ahorro	\$				
CD/Certificado de Depósito	\$				
Acciones/Bonos	\$				
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 la 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.

<i>Firmas</i>	<i>Fecha</i>	<i>Testigo</i>
Paciente/Padre:		
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**  
 Atención: Consultores Financieros  
 800 N Fant St  
 Anderson SC 29621