

**CENTRO MEDICO FLOYD- CENTRO MEDICO POLK- CENTRO MEDICO FLOYD CHEROKEE
 APLICACION PARA PROGRAMA DE ASISTENCIA HOSPITALARIA BASADA EN INGRESOS**

Elegibilidad es basada en el número de miembros de familia, ingresos brutos del hogar, pasivos y activos. Para determinar su elegibilidad, por favor complete y regrese esta forma a un Consejero Financiero dentro de 14 días con **comprobante de ingresos actuales, declaración de impuestos del año pasado/1040 y el más reciente estado de cuenta bancaria.**

Nombre del Paciente: _____ Número de Cuenta _____

NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, FECHAS DE NACIMIENTO, PARENTESCO CON EL PACIENTE E INGRESOS DE CADA PERSONA. INDIQUE SI LOS INGRESOS SON CADA SEMANA, POR QUINCENA, AL MES O ANUALES.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Ingresos Brutos (Semanal, Mensual, Anual, etc.)	FUENTE DE INGRESOS (Pensión de Discapacidad, Seguro Social, Desempleo, Salario, Manutención, Pensión Alimenticia, Trabajos Pequeños, Trabajo Autónomo, etc.)
		PACIENTE		

Si los ingresos de cualquier miembro de la familia provienen de trabajo autónomo, usted puede proporcionar información sobre los gastos del negocio para poder detenninar el ingreso actual que se puede contar. Verificación de circunstancias puede que sea requerido. Declaración de Impuestos deben incluir hijos mayores de 18 años u otros adultos que sean dependientes.

¿Si usted ha reportado cero ingresos, como se está manteniendo? _____

Ha aplicado o planea aplicar para cualquier beneficio de seguro médico incluyendo Medicare y Medicaid? Sí No

¿Tiene algún reclamamo pendiente con Medicare, Medicaid o Discapacidad? Sí No

¿Hizo declaración de impuestos el año pasado? Sí No

¿La última vez que trabajo? _____ (Calcule la fecha) ¿Ultimo empleador? _____

Ha aplicado o planea aplicar para cualquier beneficio de seguro médico incluyendo Medicare y Medicaid? Sí No

¿Tiene alguna reclamación pendiente con Medicare, Medicaid o Discapacidad? Sí No

¿Es dueño de la casa en la cual vive actualmente? Sí No Valor Aproximado de la propiedad: \$ _____

¿Es dueño de propiedad, aparte de su hogar o donde vive actualmente? Sí No Valor: \$ _____

¿Es dueño de un vehículo? Sí No Valor Aproximado: \$ _____

¿Es dueño de otros vehículos? Sí No Tipo de vehículo(s) y Valor Aproximado: _____

Cantidad total que debe del patrimonio que anotó arriba: \$ _____

¿Cuánto es el pago total mensual que debe del patrimonio que anoto arriba? \$ _____

¿Tiene reservas en efectivo? Sí No Cantidad Aproximada \$ _____

¿Tiene cuenta de cheques? Sí No Balance \$ _____

¿Tiene una cuenta de ahorros? Sí No Balance Aproximado \$ _____

¿Tiene algún tipo de cuenta de jubilación? Sí No Balance Aproximado: _____

¿Es dueño de acciones o bonos? Sí No Valor Aproximado: _____

¿Es dueño de certificado de depósito? Sí No Valor Aproximado: _____

¿Ha heredado o ganado alguna propiedad o dinero, o ha recibido algún pago de suma global durante el último año? Sí No

Valor Aproximado de Mercado: _____

FIRMA DE PACIENTE/REPRESENTANTE

FECHA

Por favor tome en cuenta. Esta transacción sólo afecta las facturas del **Centro Médico Floyd/Centro Médico Polk/Centro Médico Floyd Cherokee.** Si **lia** recibido servicios de doctores no empleados, por el hospital (esto incluye el doctor de la sala de emergencia) puede recibir facturas por el tratamiento que le proporcionaron Horas de oficina del Departamento de Consejería Financiera: de lunes a viernes, 8:00 AM-5:00 PM
 Teléfono de Floyd 706-509-6940, Fax 706-509-6941
 Teléfono de Polk 770-749-4284, Fax 770-749-4128
 Teléfono de Floyd Cherokee 256-927-1315, Fax 256-927-1322