



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Solicitante / Paciente: _____	Seguridad Social #: _____
Dirección de envío: _____	Estado de la Ciudad: _____ Código Postal: _____
Dirección: _____	Estado de la Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa #: _____	Teléfono móvil #: _____

Lista de miembros de la unidad familiar: (definido como solicitante, cónyuge y todos los dependientes legales según lo permita el gobierno federal)

Nombre del miembro de la familia	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el paciente	Seguridad Social #	Empleado (sí No)	Ingreso mensual bruto
_____	__ / __ / __	_____	_____	_____	☐ sí ☐ No	_____
_____	__ / __ / __	_____	_____	_____	☐ sí ☐ No	_____
_____	__ / __ / __	_____	_____	_____	☐ sí ☐ No	_____
_____	__ / __ / __	_____	_____	_____	☐ sí ☐ No	_____
_____	__ / __ / __	_____	_____	_____	☐ sí ☐ No	_____

BIENES			
Cuenta (s) de ahorro	\$ _____	Cuentas corrientes (s)	\$ _____
Acciones / Bonos (valor de mercado)	\$ _____	Certificado de depósito (s) Valor nominal	\$ _____
Vehículos recreacionales	\$ _____	Cuenta (s) de ahorro	\$ _____
Otros activos:	\$ _____	Otros activos:	\$ _____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Al firmar a continuación, acepto que he leído y entiendo lo siguiente en relación con mi solicitud para el Programa de asistencia financiera (FAP) en Coffee Regional Medical Center (CRMCO).

- ❖ W Las solicitudes incompletas y / o la documentación de ingresos resultarán en la denegación de mi solicitud.
- ❖ WFinancial Assistance solo cubrirá las facturas de los cargos de CRMCO.
- ❖ Es mi responsabilidad notificar inmediatamente a CRMCO Financial Counseling o Patient Financial Services de cualquier additional services provided within thirty (30) days from the date of this application.
- ❖ El proceso de facturación continuará con mi saldo total adeudado hasta la notificación de aprobación.

Patient Name:

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

MR #: _____ Acct #: _____

Attd Doctor:

Admit Doctor:

Admit Date:



La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa que dé para recibir asistencia a la que no tengo derecho puede descalificarme de este programa y se anularán los fondos utilizados a través de este programa. La información proporcionada se utilizará con el fin de evaluar mi situación financiera y mi capacidad para pagar cualquier factura o cargo por servicios hospitalarios que haya recibido de Coffee Regional Medical Center o cualquier cuenta que haya firmado como Garante. Autorizo a mi empleador a divulgar información sobre mis ingresos que pueda ser necesaria para evaluar mis necesidades financieras. Acepto notificar de inmediato a Coffee Regional Medical Center de cualquier cambio en mi estado financiero que afecte mi capacidad de pago. Al solicitar asistencia financiera, acepto que Coffee Regional Medical Center pueda investigar mi historial crediticio.

☐ Sí ☐ No

[Click here to sign](#)

Firma, Fecha y Hora

Patient Name:

DOB:

Age:

Sex:

MR #:

Acct #:

Attd Doctor:

Admit Doctor:

Admit Date: