

ATTACHMENT I

CONFIDENCIAL

**Sioux Center Health
Aplicación Para Ayuda Financiera y Información Financiera del Paciente**

Este formulario pide la información que necesitamos para ayudarle a cumplir con su obligación económica que se debe a Sioux Center Health.

Nombre de Solicitante _____ Nombre de Esposo/a o Pareja _____
 Dirección _____ Alquiler _____ Dueño/a _____ Años en Hogar ____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (Casa) _____
 Estado Civil: S C D V Separado/a Otro
 Número de Seguro Social de Solicitante _____ Numero de Seguro Social de Esposo/a _____
 Fecha de Nacimiento de Solicitante _____ Fecha de Nacimiento de Esposo/a _____

Favor enlistar a sus dependientes: (adjunte una hoja separada si es necesario)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Empleador del Solicitante _____ Empleador de Esposo/a _____
 Puesto _____ Años en el empleo ____ Puesto _____ Años en el empleo ____
 Ha aplicado para Medicaid? Si _____ No _____ Sí no, porque?

Los peticionarios que no han aplicado para Medicaid y o algún otro programa potencial de Ayuda financiera antes de completar esta solicitud de Ayuda financiera podrán ser requeridos a que apliquen para dichos programas. Si tiene alguna pregunta acerca de la asistencia financiera o la información requerida en esta solicitud, favor de comunicarse con la Oficina de Negocios en Sioux Center Health al 712-722-8297 o 712-722-8183. Favor de regresar la aplicación completa junto con la documentación justificada a la oficina de negocios de la ubicación Avera donde recibió los servicios.

Documentación de apoyo, provea lo más reciente*:

- W-2(s)
- Declaración de Impuestos (Federal, Estado si es aplicable)
- Talones de cheque
- Estado de Cuentas bancarias
- Estados Financieros

*La oficina de Finanzas le pedirá información adicional, si fuera necesario.

*Para agricultores y dueños de negocios, favor de proveer la hoja con el balance más reciente preparado por su banco y la hoja de sus ganancias en efectivo.

Con el sometimiento de esta aplicación para asistencia, yo entiendo que la organización de Avera que recibe esta aplicación puede compartirla junto con documentación relacionada con otras organizaciones de Avera que están involucradas con mi tratamiento o que posiblemente hayan proveído tratamiento separado.

Ingreso Mensual del Hogar	Solicitante	Esposo/a
Trabajo (ganancia Bruto /Neto)	\$ _____	\$ _____
Seguro Social/ Incapacidad	\$ _____	\$ _____
Pensión de jubilación/ Veteranos (todas las Fuentes		
Comp. Desempleo	\$ _____	\$ _____
ADC/WIC/Estampillas para comida	\$ _____	\$ _____
Pensión para niños/Pensión Alimenticia	\$ _____	\$ _____
Ingresos de Inversiones/Ingreso de Interés	\$ _____	\$ _____
Otro (Lista _____)	\$ _____	\$ _____
Total de ingreso Mensual	\$ _____	\$ _____
Ingreso Neto Mensual	\$ _____	\$ _____
Ingreso Total últimos 12 meses	\$ _____	\$ _____

Gastos Mensuales de la casa	Solicitante/Esposa
Renta/Hipoteca	\$ _____
Comida	\$ _____
Pago Préstamo de Auto	\$ _____
Gastos de guardería	\$ _____
Transporte/ Gastos de Auto	\$ _____
Médico/Dental*	\$ _____
Seguro (automóvil, médico, etc.)	\$ _____
Tarjetas de Crédito (_____)	\$ _____
Agencias de Colecciones	\$ _____
Ropa	\$ _____
Otro (Lista _____)	\$ _____

Copia de la declaración de impuestos y los talones de los últimos 2 meses son requeridos

Total de Gastos Mensuales \$ _____

BIENES (Valor actual en el mercado)

Efectivo/Banco/Ahorros (Favor de proveer el estado de cuenta)	\$ _____
Inversiones/Certificado de Depósito (Valor en el Mercado)	\$ _____
Préstamo/Valor en Efectivo de Seguro de Vida	\$ _____
Residencia: Pies Cuadrados total _____	
Precio al Comprar	\$ _____
Valor Estimado Ahora	\$ _____
Vehículo: Año/Modelo _____	\$ _____
Vehículo: Año/Modelo _____	\$ _____
Bienes Raíces Granja: Numero _____ de acres	\$ _____
*Equipo agrícola	\$ _____
*Ganadería	\$ _____
*Propiedad para rentas	\$ _____
*Negocio	\$ _____
Otro _____	\$ _____
Total de Bienes	\$ _____

OBLIGACIONES (Balance Actual)

Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Tarjeta de Crédito (s)	\$ _____
Préstamo de muebles y Aparatos Domésticos	\$ _____
Préstamo de Casa	\$ _____
Préstamo de Vehículo	\$ _____
Préstamo de Bienes Raíces	\$ _____
Cantidad debida por Equipo agrícola.	\$ _____
Cantidad debida por ganadería	\$ _____
Préstamo por Propiedad de alquiler	\$ _____
Préstamo por Negocio	\$ _____
Cantidad debida a otro	\$ _____
Cantidad debida a Agencias de Coleccion	\$ _____
Total de Obligaciones	\$ _____

* Gastos de su propio bolsillo o responsabilidad legal únicamente (neto de algún seguro, descuento, responsabilidad legal de algún tercer partido, o cualquier otro reclamo posible)

¿Le ofreció el seguro médico la empresa/ patrón? _____ Sí _____ No

¿Le negó el seguro médico la empresa/ patrón? _____ Sí _____ No

¿Califica para recibir beneficios COBRA? _____ Sí _____ No

Yo reconozco que la información dada a Avera es verdadera y correcta. Yo autorizo a que Avera verifique cualquier

Información dada por mí. Voy a presentar la documentación de esta información si es pedida.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

INTERNAL USE ONLY

Points _____ Full _____ Partial _____

Approved _____ Date _____ Denied _____ Date _____

Approved by: _____ Denied By: _____