



Windom Area Health Aplicación Asistencia Financiera

WINDOM: 507.831.2400 | MT. LAKE: 507.427.2700

contactus@windomareahospital.com

2150 Hospital Drive Windom, MN 56101

Nota: Falsificar informacion resultara con la perdida de elegibilidad.

Nombre del Fiador	Ocupacion del Fiador
Direccion	
Nombre del Conyuge	Ocupacion del conyuge
Nombre del Paciente	
Nombre completo y edad de los dependientes	

Favor de alistar la informacion a continuacion, segun se estado financiero actual. Presente cualquier prueba que posea Ud. acerca de esta informacion.

Salario mensual (de Ud.)	Es Ud. El dueño o renta su casa? <input type="checkbox"/> DUENO <input type="checkbox"/> RENTA Mensualidad?
Salario mensual de su conyuge	
Otro ingreso adicional	
Naturaleza de este ingreso?	
Total de ingresos mensuales \$	

Aliste los bancos, tiendas, o tarjetas en donde tenga Ud. Credito.

	<u>Institucion o Banco</u>	<u>Prestamo</u>	
Cuenta Bancaria	_____	\$ _____	
Cuenta de Ahorros	_____	\$ _____	
Inversiones (Acciones, Bonos de ahorri, otro Capital)	_____	\$ _____	
		<u>Saldo a deuda</u>	<u>Pago Mensual</u>
Prestamo para automobi	_____	_____	_____
Otro prestamo	_____	_____	_____
Otro prestamo	_____	_____	_____
Tarjetas de Credito	_____	_____	_____
Tarjetas de Credito	_____	_____	_____
Tarjetas de Credito	_____	_____	_____
Tarjetas de Credito	_____	_____	_____
Alguna otra obligacion como (Pension alimenticia, Pago para el sustento de menores, etc.)	_____	_____	_____
Total de Pagos	_____	_____	_____

Gastos Medicos		
Con cual Institucion:	<u>Saldo a deuda</u>	<u>Pago Mensual</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Espera Ud. Recibir en un futuro cercano algun regalo, herencia, dinero por la venta de bienes raices o de alguna otra fuente de inversion? Si es asi, favor de explicar.

Se ha declarado Ud. Alguna vez en Quiebra o Bancarrota? SI NO En caso que si, cuando?

Ha recibido Ud. Alguna asistencia publica, algun otro beneficio del Gobierno, o de un tercer partido (Welfare, Estampillas para alimentos, Seguro Social para Asistencia Medica, Asistencia para pagos de utilidades, etc.)

Esta informacion es confidencial, y solo sera utilizada al determinar la ayuda parcial o completa para pagos medicos al Health del Area de Windom. Con la firma a continuacion, certifico que la informacion dada, ha sido leida cuidadosamente, es veridica y correcta segun mi conocimiento.

Firma _____

Date _____

(FOR OFFICE USE ONLY)

APPROVED (APROVADO)

DENIED (NEGADO)

Patient Account # _____

Amount on Patient Account \$ _____

COMMENTS: _____

Favor de presentar esta informacion adicional

_____ Copia de recibos de pago de salario

_____ Copia del estado de cuentas actual

_____ Copia de dos anos recientes de pagos de impuestos

_____ Copia de la negacion para cubrir los beneficios medicos