

**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)

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Relación</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Relación</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

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 712-722-8317. 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.**

<b>Ingreso Mensual del Hogar</b>	<b>Solicitante</b>	<b>Esposo/a</b>
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 _____)	\$ _____	\$ _____
<b>Total de ingreso Mensual</b>	\$ _____	\$ _____
<b>Ingreso Neto Mensual</b>	\$ _____	\$ _____
<b>Ingreso Total últimos 12 meses</b>	\$ _____	\$ _____

<b>Gastos Mensuales de la casa</b>	
<b>Solicitante/Esposa</b>	
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 _____)	\$ _____
<b>Total de Gastos Mensuales</b>	\$ _____

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

**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 _____	\$ _____
<b>Total de Bienes</b>	\$ _____

**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		\$ _____
<b>Total de Obligaciones</b>		\$ _____

\* 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: \_\_\_\_\_

