

**Community Memorial Hospital
y Redfield Clinic Avera
Aplicación Para Asistencia Financiera &
Información Financiera de Paciente**

Este formulario es para proporcionar información para ayudarle a cumplir con su obligación financiera en CMH y Redfield Clínica Avera.

Nombre de Solicitante _____ Nombre de Esposo (a) Pareja _____

Dirección Actual _____ Rentando ___ Comprando ___ Años vividos en ___

Ciudad _____ Estado ___ Código Postal _____ Número Teléfono de Casa _____

Estado Civil: S C D V Sep Otro_

Número de Seguro Social de Solicitante _____ Número de Seguro Social del esposo (a) _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento del Esposo(a) _____

Por favor haga una lista de sus dependientes: (utilice otra hoja si es necesario)

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Institución de Empleo del Solicitante _____ Institución de Empleo de Esposo/a o Pareja _____

Puesto _____ Años en el Empleo ___ Puesto _____ Años en el Empleo ___

¿Ha solicitado asistencia de Medicaid o ya lo tiene? Sí ___ No _ Sí no, ¿por qué? _____

¿Es estudiante actualmente? Sí _____ No _____

Si usted es menor de 26 años de edad, ¿le ofrece la institución de empleo de sus padres de familia cobertura de seguro médico para usted?
Sí ___ No _____

Los solicitantes deben de aplicar por Medicaid y por todo otro programa posible para ayuda financiera antes de completar ésta solicitud de Asistencia Financiera. Si usted es un residente de South Dakota, también necesita solicitar County Poor Relief (Ayuda del Condado para Pobres) antes de solicitar Asistencia Financiera. Si tiene alguna pregunta acerca de la asistencia financiera o sobre la información requerida en ésta solicitud, por favor comuníquese con el Gerente de Finanzas de CMH al número (605-475-7410).

Al someter esta aplicación para asistencia, yo entiendo que CMH al recibir esta aplicación la puede compartir, junto con la información relacionada, con otras instituciones de Avera que están involucradas en mi tratamiento o que hayan proporcionado tratamiento separado.

	Esposo (a)/Otros Miembros del		Solicitante/Esposo(a)/	Otros Miembros del
	Solicitante	Hogar		Hogar
Ingreso Mensual del Hogar				
Empleo (Pago Neto/Bruto)	\$ _____	\$ _____	Renta/Hipoteca	\$ _____
Seguro Social/Incapacidad	\$ _____	\$ _____	Comida	\$ _____
Pensión/ Pensión de Veterano (todo				
Recurso)	\$ _____	\$ _____	Pago de Vehículo	\$ _____
Comp. de Desempleo	\$ _____	\$ _____	Guardería	\$ _____
ADC/WIC/Estampillas de comida	\$ _____	\$ _____	Gasto Transporte/Vehículo	\$ _____
Pensión Alimenticia/Pensión de Niños	\$ _____	\$ _____	Médico/Dental*	\$ _____
Inversiones/Ingreso por Intereses	\$ _____	\$ _____	Seguro (Vehículo, Médico, etc..)	\$ _____
Otro (Lista _____)	\$ _____	\$ _____	Tarjeta de Crédito (_____)	\$ _____
Ingreso Total Mensual	\$ _____	\$ _____	Agencias de Colección	\$ _____
Ingreso Neto Mensual	\$ _____	\$ _____	Ropa	\$ _____
Ingreso total los últimos 12 meses	\$ _____	\$ _____	Otro (Lista _____)	\$ _____
Se requieren la Copia de Declaración de Impuestos (Tax Return) y los talones de pago de los últimos 2 meses.			Total de Gasto Mensual	\$ _____

BIENES (Valor Actual de Mercado)		Responsabilidades	
Efectivo a mano/Banco/Ahorros	\$ _____	Cobro Médico* _____	\$ _____
Inversiones/CD's (Valor de Mercado)	\$ _____	Cobro Médico * _____	\$ _____
Préstamo/Valor Efectivo de Póliza de Vida	\$ _____	Cobro Médico * _____	\$ _____
Residencia: total de pies cuadrados _____		Tarjeta(s) de Crédito	\$ _____
Precio de compra	\$ _____	Préstamo para muebles & Aparatos domésticos	\$ _____
Valor Estimado Ahora	\$ _____	Hipoteca de Casa (saldo actual)	\$ _____
Vehículo Primario: Año/Modelo _____	\$ _____	Préstamo por Vehículo (saldo actual)	\$ _____
Otro Vehículo: Año/Modelo _____	\$ _____	Préstamo por Bienes Raíces (saldo actual)	\$ _____
Bienes de Raíces por Finca: # de hectáreas _____	\$ _____	Cantidad Debida por Maquinaria de Agricultura.	\$ _____
Maquinaria de Agricultura	\$ _____	Cantidad Debida en Ganadería	\$ _____
Ganado	\$ _____	Préstamo en Propiedad de Renta	\$ _____
Propiedad de Renta	\$ _____	Préstamo en Negocio	\$ _____
Negocio	\$ _____	Cantidad Debida en Otro	\$ _____
Otro _____	\$ _____	Cantidad Debida a Agencia de Colecciones	\$ _____
Total de Bienes	\$ _____	Total de Responsabilidades	\$ _____

* Únicamente gastos de su-propio-bolsillo o Responsabilidad Legal (neto de todo seguro, descuentos, responsabilidad de terceros, o algún otro reclamo posible)

¿Le ofrecieron seguro médico en su institución de empleo? Sí No

¿Le negaron seguro médico en su institución de empleo? Sí No

¿Es usted elegible para beneficios de COBRA? Sí No

Yo por este medio verifico que la información dada a Avera es verdadera y correcta. Yo autorizo a que Avera verifique toda información dada por mí. Yo voy a proporcionar documentación de esta información cuando se pida.

Firmado _____ Fecha _____

Firmado _____ Fecha _____

INTERNAL USE ONLY

Points _____ Full _____ Partial _____

Approved _____ Date _____ Denied _____ Date _____

Approved by: _____ Denied By: _____