



# Windom Area Hospital Aplicación Assistance 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.)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;">Es Ud. El dueño o renta su casa?</td> <td>DUENO</td> <td>RENTA</td> </tr> <tr> <td>Salario mensual de su conyuge</td> <td colspan="2">Mensualidad?</td> </tr> <tr> <td>Otro ingreso adicional</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>Naturaleza de este ingreso?</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td><b>Total de ingresos mensuales \$</b></td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>	Es Ud. El dueño o renta su casa?	DUENO	RENTA	Salario mensual de su conyuge	Mensualidad?		Otro ingreso adicional			Naturaleza de este ingreso?			<b>Total de ingresos mensuales \$</b>		
Es Ud. El dueño o renta su casa?		DUENO	RENTA													
Salario mensual de su conyuge		Mensualidad?														
Otro ingreso adicional																
Naturaleza de este ingreso?																
<b>Total de ingresos mensuales \$</b>																

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

	<u><b>Institucion o Banco</b></u>	<u><b>Prestamo</b></u>	
Cuenta Bancaria	_____	\$ _____	
Cuenta de Ahorros	_____	\$ _____	
Inversiones (Acciones, Bonos de ahorri, otro Capital)	_____	\$ _____	
		<u><b>Saldo a deuda</b></u>	<u><b>Pago Mensual</b></u>
Prestamo para automovil	_____	_____	_____
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.)	_____	_____	_____
<b>Total de Pagos</b>			

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

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 Hospital 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 \_\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	<b>APPROVED (APROVADO)</b>	<b>DENIED (NEGADO)</b>
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