



Phoebe
Aplicación Para Asistencia Financiera

Phoebe Putney Memorial Hospital
 Phoebe Sumter Medical Center
 Phoebe Worth Medical Center

INFORMACION DEL PACIENTE Residente de EE.UU. Si No

Nombre: _____ SS# _____ Fecha nacimiento: ____ / ____ / ____

GARANTIZADOR E INFORMACION DE CONYUGE Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Nombre: _____ SS# _____ Relación al Paciente: _____

Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Dirección: _____

Teléfono () _____ Otro # Teléfono: () _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Trabajo: () _____ Posición: _____ Pago anual/ hora: \$ _____ Trabajando Tiempo Completo o Parcial (circule uno)

Cónyuge/ Familia

Nombre: _____ SS# _____ Fecha nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador: _____ Dirección: _____

Trabajo: () _____ Posición: _____ Pago anual/ hora: \$ _____ Trabajando Tiempo Completo o Parcial (circule uno)

Dependientes Legales (Escriba solo los dependientes que reclama en su forma federal de impuestos)

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación

¿Ha aplicado para Medicaid?
Si No

¿Califica para COBRA?
Si No

¿Califica para ser cubierto a través del Intercambio de Seguro de Salud?
Si No

Recursos y Otras Fuentes de Ingresos

Saldo cuenta de cheques \$ _____ Nombre del Banco _____ Saldo cuenta de ahorros \$ _____ Nombre del Banco _____

Pensión Mensual \$ _____ Seguro Social \$ _____ IRA \$ _____ CDs \$ _____ Estampillas de comida \$ _____

401K \$ _____ Dueño (circule uno) Casa/Terreno: Si o No Cuantas acres? _____ Valor \$ _____

¿Dueño de propiedad de renta? Si o No (circule uno) ¿Si, cual es el ingreso mensual? \$ _____ ¿Cual es el valor de la propiedad? \$ _____

¿Ha declarado bancarrota en los últimos 3 años? Si o No (circule uno) ¿Si, provee la fecha? ____ / ____ / ____

¿Es dueño de acciones o bonos? Si o No (circule uno) ¿Si, cual es el valor? \$ _____

¿Tiene usted seguro de vida? Si o No (circule uno) ¿Si, cual es el valor? \$ _____

¿Es dueño de vehículos recreativos? Si o No (circule uno) Si, ¿que tipo y cual es el valor? \$ _____

Comentarios:

Yo testifico que la información contenida en esta aplicación y con los documentos y formularios acompañantes, es verdad y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Yo comprendo que Phoebe puede verificar cualquier información dada en esta aplicación y que cualquier información que es errónea o incompleta puede descalificarme a mi y mi familia de ser elegible o recibir beneficios bajo el Programa de Asistencia Financiera. Yo estoy de acuerdo en aplicar para asistencia de Medicare, Medicaid y/o otros seguros si percibo que son disponibles para mi o para el paciente por el cual yo soy responsable, antes de someter mi aplicación para asistencia del Programa de Asistencia Financiera. Yo tomare cualquier acción que es necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré a Phoebe cualquier cantidades recibidas bajo estos programas de asistencia. Si soy elegible para beneficios bajo el Programa de Asistencia Financiera, Yo estoy de acuerdo en seguir las pautas del programa y aceptar responsabilidad por pago de cantidades no cubiertas por el programa. Mi firma certifica: La información que he provisto es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Phoebe y sus afiliados, tienen permiso para auditar y verificar la información que he provisto, incluyendo la verificación de mi empleo, recursos y historia de crédito. Yo estoy de acuerdo en reportar todo cambio de ingreso, seguro, recursos y circunstancias de familia a el Programa de Asistencia Financiera. Falla en cumplir puede resultar en término del programa. Yo comprendo totalmente y acepto responsabilidad de cumplir estos requisitos.

Firma del Garante _____

Fecha _____

Firma del Co-Garante _____

Fecha _____