



Hawarden Regional Healthcare
1111 11th Street Hawarden, Iowa 51023
Phone (712) 551-3100 Fax (712) 551-3195
Business Office 712-551-3111

APLICACION de AYUNDA FINANCIERA

Con el fin de ofrecer un reducido equilibrio, y/o subsidios caridad, Hawarden Regional de Atención a la salud debe sustanciar Su necesidad financiera. Por favor complete esta solicitud y devolver una copia de su devolución de impuestos más reciente, Su pasado y sus cónyuges talones de pago que muestren los salarios devengados, estados de cuenta bancarios que muestren el desempleo O los pagos de la seguridad social, y una negación Medicaid

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Sexo: M F
 Direction: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____
 Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____
 Estado Civil: Soltero/a Casado/ a Divorciado Enviudado Separado/a
 Nombre de esposo/a: _____ de Seguro Social: _____

Dependientes

Soy responsable de apoyo financiero de los siguientes individuos (incluya esposo/a)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacio'n
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO

	Tu'	Esposo/a
Nombre de Empleador:	_____	_____
Directio'n de Trabajo:	_____	_____
Tele'fono de Trabajo:	_____	_____
Duracio'n de Empleo _____ Anos _____ Meses	_____	_____ Years _____ Months
Posicion _____	_____	_____
Si no tienes empleo es porque estas _____	Jubilado/a	Desempleaso/a Otro (Marca solo uno)

INFORMACION BANCARIA

Nombre de Banco: _____
 Direccion: _____ Ciudad/Estado/ Zip: _____
 Saldo en cuenta de cheque: _____ saldo en cuanta de ahorros _____
 ?Tiene usted otras inversiones/ seguridades _____

PROPIIED / OTRA CAPITAL

	Valor Estimado	Saldo Restante
Hipoteca: _____ \$	_____	\$ _____
Vehiculos: _____ \$	_____	\$ _____
_____ \$	_____	\$ _____
Otra Propiedades _____ \$	_____	\$ _____
_____ \$	_____	\$ _____

INFORMACION ADICIONAL

Otra informacion que le gustaria compartir con nosotros _____

HAWARDEN REGIONAL HEALTHCARE ASISTENCIA FINANCIERA APLICACION

INGRESO MENSUAL

	Self	Spouse
Salario bruto de empleo \$	_____	\$ _____
Otros empleo: \$	_____	\$ _____
Seguro Social: \$	_____	\$ _____

Pensiones:	\$ _____	\$ _____
Desempleo:	\$ _____	\$ _____
Compenseacion	\$ _____	\$ _____
Union Laboral	\$ _____	\$ _____
Inversiones personales	\$ _____	\$ _____
Alquiler de propiedades:	\$ _____	\$ _____
Ayuda de Nino:	\$ _____	\$ _____
Estampillas de Cominda:	\$ _____	\$ _____
ADS:	\$ _____	\$ _____
Programa de Bienestar :	\$ _____	\$ _____
Otro: Obsequios monetarios, asistencia de divorcio, etc\$	\$ _____	\$ _____
INGRESOS TOTALES \$	\$ _____	\$ _____

VERIFICACIÓN O AUTORIZACIÓN (Prueba de ello es necesario).

HE SOLICITADO beneficios del Titulo XIX: Si No Resultado _____
He solicitado beneficios del Seguro Social: Si No Resultado _____
He solicitado beneficios de Incapacidad: Si No Resultado _____

Certifico que todos los listados de inforatmion es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información dada es para determinar mi capacidad de pago por servicios prestados por Hawarden Regional Healthcare o clínica de salud Hawarden Regional.

Por este medio concedo a permiso a Asistencia médica Regional Hawardfen y Clínica verificar la información contenida aquí.

Firma del solicitante

Fecha

También entiendo que puedo solicitar una política de Asistencia financiera de Clínica y Asistencia médica Regional Hawarden en cualquier momento dado.

Firma del solicitante