



Keefe Memorial Hospital

PO Box 578
Cheyenne Wells, Colorado 80810
(719) 767-5661

Aplicacion Del Programa De Asistencia Financiera

SOLICITANTE PRINCIPAL (LOS PADRES SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD):

Apellido: _____ Primero: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Teléfono: _____
Dirección Física: _____
Dirección Postal: _____
Activamente un empleo? _____ Retirado? _____ Con discapacidad? _____ Desempleados? _____
Empleador: _____
Usted está actualmente inscrito en Medicaid? _____ Medicare? _____

INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE:

Apellido: _____ Primero: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Teléfono: _____
Dirección Física: _____
Dirección Postal: _____
Activamente un empleo? _____ Retirado? _____ Con discapacidad? _____ Desempleados? _____
Empleador: _____
Usted está actualmente inscrito en Medicaid? _____ Medicare? _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE:

(Nota: sólo dependientes que reclamó en su declaración Federal de impuestos pueden incluirse aquí)

Apellido: _____ Primero: _____ : Fecha de Nacimiento: _____ : SS#: _____
Apellido: _____ Primero: _____ : Fecha de Nacimiento: _____ : SS#: _____

Apellido: _____ Primero: _____ : Fecha de Nacimiento: _____ : SS#: _____

Apellido: _____ Primero: _____ : Fecha de Nacimiento: _____ : SS#: _____

INGRESOS (ingresos brutos lista):

Solicitante

Cónyuge

Salarios.....	_____	_____
Granja / Trabajador Independiente.....	_____	_____
Asistencia Pública.....	_____	_____
Seguridad Social.....	_____	_____
Desempleo.....	_____	_____
Remuneración De Los Trabajadores.....	_____	_____
Pensión Alimenticia.....	_____	_____
Manutención de Los Hijos.....	_____	_____
Asignaciones Familiares Militares.....	_____	_____
Pensiones.....	_____	_____
Ingresos por Dividendos, Intereses, Renta, etc.....	_____	_____
Otros Ingresos.....	_____	_____

OTRA INFORMACIÓN:

Tiene seguro de salud?.....Si _____ No _____

En caso afirmativo, Qué tipo? _____ Miembro ID # _____ Grupo # _____

(Por favor proporcione una copia del frente y la parte posterior de su tarjeta(s) de seguros.)

Alguna vez ha perdido su empleo?.....Si _____ No _____

Tuviste seguro de salud con su empleador anterior?.....Si _____ No _____

Es usted elegible para beneficios de COBRA?.....Si _____ No _____

Ha recibido asistencia financiera con KMH antes?.....Si _____ No _____

Si es así, cuando? _____

Alguna vez ha presentado en quiebra o piensas?.....Si _____ No _____

En caso afirmativo, dónde? _____ Cuando? _____ Capítulo 7 _____ capítulo 13 _____

Número del caso _____ archivo fecha _____ fecha de descarga _____

Cualquiera de sus cuentas son el resultado de un accidente?.....Si _____ No _____

Tiene un abogado involucrado o un acuerdo pendiente?.....Si _____ No _____

CESION DE DERECHOS:

Al firmar abajo yo certifico que toda la información siempre en esta ayuda financiera paquete es verdadera y exacta. Entiendo que Keefe Memorial Hospital se reserva el derecho de verificar toda información presentada en esta solicitud. Cualquier información que sea incorrecta sin una buena razón formulará la aplicación sera incompleta y elegible para ayuda financiera. Además, entiendo que Keefe Memorial Hospital, a su discreción puede obtener una copia de mi informe de crédito.

Toda la información se mantendrá confidencial de conformidad con las disposiciones de los reglamentos federales HIPPA, estoy de acuerdo que va a pagar la asistencia financiera total otorgada si recibo pago alguno por los servicios médicos cubiertos por esta aplicación, por ejemplo: pagos de seguros, pagos del programa de gobierno, premios de demandas o cualquier otro pago.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

Estado de Residencia

Condado de Residencia