



La Aplicación financiera de la Ayuda para el Programa del Beneficio de la Comunidad

La Información de paciente::

Dure el Nombre	Denomine primero	M	Número del seguro social	La fecha del Nacimiento
Dirección de calle		Ciudad	Estado	Cremallera
Dirección de envío		Ciudad	Estado	Cremallera
En casa Número de teléfono		Trabaje Número de teléfono		Estado civil

La Información de garantes:

Dure el Nombre	Denomine primero	M	Numero del seguro social	Cremallera
Diriga si Diferente Del Paciente		En casa Número de teléfono	Trabaje Número de teléfono	

*****Indique por favor a TODAS personas que viven en la casa, inclusive solicitante:** utilice hoja de papel adicional si necesitado

Nombre	La relación al Paciente	Edad
	yo	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tiene al paciente solicitó Medicaid los Servicios: Si No

¿Cuándo? _____ ¿Qué es el Estatus? Pendiente Negado

Razón: _____

¿Hay cualquier alcance de tercero para esta cuenta?

Medicare Medicaid Seguro Otro Especifique: _____

¿Es incapacitado el paciente?: Si No Temporal Permanente

¿Si incapacitado le tiene solicitó la Seguridad social? Si No

Si no por qué no: _____ Si sí cuándo: _____

¿Hace a paciente o el garante tiene la capacidad de trabajar? Si No

¿Tiene a paciente el cuidado no compensado recibido antes? Si No

¿Tiene a paciente/garante la insolvencia jamás archivada o hace ellos piensan archivar? Si No

Si sí dónde _____ Cuando _____ El capítulo 7 El capítulo 13

INFORMACION de VENTAJA de CASA

Ubicación de en casa/propiedad _____

Ubicación de en casa/propiedad _____

El valor de Automóvil \$ _____ \$ _____

El año, la marca, el modelo _____

El valor de Vehículo de Recreación \$ _____ \$ _____

El año, la marca, el modelo _____

Valor en dinero de Seguros de vida \$ _____ \$ _____

INFORMACION de INGRESOS de CASA

	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
El nombre de cada miembro de la casa	_____	_____	_____
El nombre de Empleador	_____	_____	_____
Ingresos mensuales			
Empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Auto Empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
La inversión Da cuenta	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Rentas de bienes raíces	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Jubilación (Seguridad Social, Pensión)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión/Manutención de hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ayuda Estatal (Cupón de alimentos, etc.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ahorros e inversiones			
Verificar el saldo de cuenta	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Equilibrio de cuenta de ahorros	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, los fondos de inversión mobiliaria, etc.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras ahorros/inversiones	\$ _____	\$ _____	\$ _____

GASTOS DE LA CASA

Alquiler: \$ _____ Pago de la hipoteca: \$ _____ Hipoteca el Equilibrio: \$ _____

¿Posee usted la propiedad de otra manera que usted residencia primaria? Si No

Utilidades mensuales: \$ _____ Seguro: \$ _____

Pensión/Manutención de hijos: \$ _____ Seguro de enfermedad: \$ _____

Guardería: \$ _____ La asistencia sanitaria factura: \$ _____

Medicinas: \$ _____ Pagos de préstamo de auto: \$ _____

ASSIGNMENT OF RIGHTS

Firmando debajo de comprende que Cheyenne el Centro Médico Regional reserva el derecho de verificar cualquier y toda información sometida en este aplicación. Cualquier información encontró ser inexacto sin la razón buena rendirá la aplicación incompleta e inegible para el cuidado de la comunidad. Comprendo aún más que Cheyenne el Centro Médico Regional, en su discreción, puede obtener una copia de mi informe del crédito. Toda información proporcionada se quedará confidencial bajo las provisiones de HIPPA las regulaciones federales. Conuerdo que devolveré el awared financiero lleno de ayuda si recibo el pago de cualquier tipo para los servicios médicos cubrió por esta aplicación, para pagos de seguro de ejemplo, los pagos del programa de government, los premios del pleito o cualquier otro pago.

Firma de solicitante

Fecha

El condado de Residencia

El estado de Residencia