300 South 3rd West
Soda Springs, ID 83276
(208) 547-3341

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del Paciente: _____

Numero de Cuenta(s): _____ _____ _____

GARANTE
(Si el paciente es menor de edad, utilice la información del responsable)

Nombre: _____ Fecha De Cumpleaños: _____
Dirección: _____ Estado Civil: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____ Años en Residencia: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____
Dirección de Empleador: _____ Salario por hora: _____

PAREJA
(Si el paciente es menor de edad, utilice la información del responsable)

Nombre: _____ Fecha De Cumpleaños: _____
Dirección: _____ Estado Civil: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____ Años en Residencia: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____
Dirección de Empleador: _____ Salario por hora: _____

DEPENDIENTES

Título/Relación	Nombre	Fecha de Cumpleaños
Garante (yo mismo/a)		
Cónyuge/Pareja		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Otro(a)		
Otro(a)		

INFORMACIÒN FINANCIERA
(incluyen todo el ingreso del hogar: garante, cónyuge, pareja u otro(a))

Ingreso bruto mensual del hogar: _____ Renta de casa mensual: _____

Seguridad Social: _____ Pensión de jubiliación: _____

Asistencia Pública: _____ Otro ingreso: _____

Beneficios de alimentos (SNAP): _____

INVERSIONES y ACTIVOS

CD's: _____ Existencias/Bonos _____ IRA: _____

Casa: ☐ Propia ☐ Alquiler Pago Mensual: _____

Pagados a: _____ Valor de la propiedad: _____ Saldo Adeudado: _____

VEHICULOS/VEHÍCULOS RECREACIONALES

Año/Marca/Modelo	Pago Mensual	Saldo Adeudado	Pagados a

GASTOS MENSUALES

Gastos	Corriente	Vencidos
Alquiler/Hipoteca		
Electricidad		
Gas/Aceite de Califacion		
Agua/Basura		
Pagos de auto		
Seguro de coche		
Medicina		
Apoyo de dependientes		

Gastos	Corriente	Vencidos
Cuidado de niños		
Teléphono		
Gasolina		
Comestibles		
Seguro de salud		
Seguro de vida		
Multas/Embargos		
Otros		

DEUDAS MEDICINALES, TARJETAS de CRÉDITO, PRÉSTAMOS y OTRAS DEUDAS

Nombre	Saldo Adeudado	Pago Mensual

Solicitante debe Propocionar los Siguientes (Si no se aplica el document marca “no aplicables” “NA”	
☐ Los dos comprobantes de pago más recientes para trabajadores asalariados	☐ Declaracios de seguridad social (en su caso)
y/o	☐ Carta de compensaciòn por desempleo (en su caso)
☐ Declaraciòn de impuestos federales del año pasado para	☐ Apoyo de dependientes (en su caso)
cada persona que aplicó	☐ Otros ingresos no reportados

Por mi firma a abajo, certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que todo lo he indicado o proporcionada en cualquier accesorio es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que es ilegal enviar con conocimiento informaciòn falsa para obtener asistencia financiera.

Nombre Impremida _____ Fecha _____

Firma _____

Si hay preguntas, llame al (208) 547-3341 y pide un asesor financiero

Cuando termine, por favor envíela a:
Caribou Medical Center
300 South 3rd West
Soda Springs, ID 83276

OR

Cuando termine, por favor devuelva a:
Al oficina principal enfrente del hospital de
At Caribou Medical Center

Solo por uso administrative

Recommendation/Explanation: _____

_____

_____

_____

Balance: _____ Approval/Denial Date: _____

☐ Denial ☐ Approval

% Write Off	***And Or***	Write Off Amount

Reason for Committee Decision: _____

_____

_____

_____
Signature Director of Revenue Cycle

_____ _____
Signature CEO Signature CFO