



**APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Le agradecemos por escoger Community Hospital Anderson para servirle con sus necesidades de salud y por expresar interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Sírvase completar esta aplicación y regresarnos con toda la documentación suplementaria requerida dentro de treinta (30) días para evitar que posiblemente se niegue su aplicación. La información que usted nos proporciona será tratada con la más estricta confidencialidad y no será utilizada para nada más que la evaluación de su situación económica. No compartiremos esta información con ninguna otra persona ni organización exterior a Community Hospital Anderson. Además, la información puede ser enviada a Community Health Network y otros proveedores médicos como resultado de su permanencia con Community Hospital Anderson bajo su solicitud.

Sírvase proveer la siguiente información para que podamos entender mejor cuántas personas hay en su familia. Otros dependientes pueden vivir afuera de su residencia primaria si dichos dependientes son reclamados en su impuesto (o en el de su cónyuge) de renta federal.

NOMBRE DEL APLICANTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

**CÓNYUGE / INFORMACIÓN DE FAMILIA DEPENDIENTE** (incluya una página adicional si necesita más espacio para otros dependientes de la familia)

NOMBRE	PARENTEZCO	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

**INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA**

Cuál es el ingreso mensual de su hogar, antes de los impuestos (ingreso bruto), ingresos que se pueden gastar de todas las fuentes tales como, pero no limitadas a: sueldos, salarios, propinas, comisiones, pensiones, beneficios de Seguro Social, interés, inversiones, alquiler, regalías, beneficios por discapacidad, compensación por desempleo, etc? \$ \_\_\_\_\_

Sírvase remitir copias inalteradas de los siguientes documentos:

- Las primeras dos (2) páginas del FORMULARIO 1040 DEL IMPUESTO FEDERAL más reciente de usted y su cónyuge si llenaron separadamente. [Si alguien es auto-empleado debe incluir una copia del FORMULARIO COMPLETO 1040 DEL IMPUESTO FEDERAL.]
- Los últimos tres (3) talonarios de cheques para todos los que tienen ingreso en el hogar (incluyendo la verificación de beneficios de Seguro Social, pensiones, compensación de desempleo, etc.).
- Estados de cuenta del banco (tanto de la chequera como de ahorros) por los últimos tres (3) meses para todas las cuentas en su hogar incluyendo las cuentas de negocio.
- Evidencia de recibir estampillas de alimentos, HUD, or TANF.

**INFORMACIÓN ADICIONAL DE ELEGIBILIDAD**

Yo/Nosotros **CERTIFICAMOS** que la información proporcionada es verdadera y es la representación exacta del tamaño de mi/nuestra familia y del ingreso de la familia. Community Hospital Anderson está autorizado a revisar mi/nuestro crédito e historial de empleo, como están autorizados mis acreedores a responder sobre la experiencia de crédito que ellos han tenido conmigo/con nosotros. Yo/nosotros entendemos que cualquier mala representación de esta información resultará en la negación de asistencia financiera.

Aplicante/Firma del Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Co-Aplicante/Firma del Cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sírvase regresar su aplicación completa con toda la documentación de respaldo en el sobre prefrenqueado proveído. La dirección de envío es: 1515 N Madison Ave, Anderson, IN 46011. Llame al Servicio al Cliente para cualquier pregunta u otro tipo de ayuda con esta aplicación: 765.298.3300.