

ERLANGER WESTERN CAROLINA HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT NAME: _____
 PATIENT #: _____
 MEDICAL RECORD #: _____

ERLANGER WESTERN
 CAROLINA HOSPITAL
 3990 E. US Hwy 64 Alt.
 Murphy, NC 28906
 Phone: 828-835-3662

PARTE RESPONSABLE

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE | ESTADO CIVIL | # DE SEGURO SOCIAL |
| DIRECCION, CIUDAD, CODIGO POSTAL | PERIODO DE TIEMPO EN ESTA DIRECCION | TELEFONO DE LA CASA |
| NOMBRE Y DIRECCION DE SU EMPLEADOR | TELEFONO DEL TRABAJO | PERIODO DE TIEMPO EN ESTE TRABAJO |
| PUESTO/TITULO | INGRESOS AL MES | INGRESOS ANUALES |

ESPOSO/A

| | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE | | # DE SEGURO SOCIAL |
| NOMBRE Y DIRECCION DE SU EMPLEADOR | TELEFONO DEL TRABAJO | PERIODO DE TIEMPO EN ESTE TRABAJO |
| PUESTO/TITULO | INGRESOS AL MES | INGRESOS ANUALES |

INFROMACION DEL HOGAR (TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA)

| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | RELACION CON USTED |
|-------------------------------|---------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL DE PERSONAS EN LA CASA: | | |

INGRESOS MISCELANEOS AL MES

| | | | |
|-----------------------------------|----|------------------------------------|----|
| DIVIDENDOS, INTERESES | \$ | MANUTENCION INFANTIL/CHILD SUPPORT | \$ |
| AYUDA PUBLICA/ESTAMPILLAS | \$ | PENSIONES | \$ |
| SEGURO SOCIAL | \$ | INGRESOS DE RENTA/INVERSIONES | \$ |
| COMPENSACIO LABORAL/DE DESEMPLEO | \$ | SUBVENCIONES | \$ |
| BALANCE EN LA CUENTA DE AHORROS | \$ | CUENTA DE JUBILACION | \$ |
| BALANCE EN LA CUENTA DE CHEQUES | \$ | OTRO | \$ |
| TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES : | | | |

ERLANGER WESTERN CAROLINA HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

GASTOS MISCELANEOS AL MES

| | | | |
|------------------------------|----|--------------------------------------|----|
| RENTA/HIPOTECA | \$ | COMIDA | \$ |
| SEGURO DE CASA | \$ | ROPA | \$ |
| IMPUESTOS DE PROPIEDAD | \$ | PAGOS DEL CARRO | \$ |
| ELECTRICIDAD | \$ | SEGURO DE CARRO | \$ |
| AGUA | \$ | GASOLINA | \$ |
| TELEFONO/CELULAR | \$ | MANUTENCION INFANTIL/CHILDSUPPORT | \$ |
| PRESTAMOS | \$ | TARJETAS DE CREDITO | \$ |
| SEGURO MEDICO | \$ | MEDICAMENTOS | \$ |
| SEGURO DE VIDA | \$ | OTRO | \$ |
| TOTAL DE LOS GASTOS AL MES : | | | |

ACTIVOS

| | | | |
|-----------------------------|----|---|----|
| CUENTA CORRIENTE/DE CHEQUES | \$ | CUENTA DE AHORROS | \$ |
| CD's | \$ | CUENTA DE JUBILACION INDIVIDUALIZADA | \$ |
| INVERSIONES | \$ | OTRO | \$ |
| TOTAL DE ACTIVOS: | | | |

VEHICULOS/RECREACION

| MARCA | CARRO(s) MODELO | AÑO | CANTIDAD ORIGINAL DEL PRESTAMO | PAGOS MENSUALES | VALOR |
|-------|---|-----|--------------------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| MARCA | BARCA / TRAILER / CASA MOVIBLE(s) MODELO | AÑO | CANTIDAD ORIGINAL DEL PRESTAMO | PAGOS MENSUALES | VALOR |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SE RECHARAZARAN APLICACIONES INCOMPLETAS O FRAUDULENTAS

AL FIRMAR ESTA DECLARACION FINANCIERA, POR EL PRESENTE AFIRMO QUE LAS DECLARACIONES ANTEDICHAS SON CORRECTAS Y COMPLETAS, Y DOY MI CONSENTIMIENTO AL HOSPITAL DE ERLANGER Y SUS AGENTES PARA REALIZAR CONFIRMACIONES ADICIONALES

FIRMA/ FECHA: _____ / _____

RELACION SI NO ES EL PACIENTE: _____