



- No es un ciudadano de los EE.UU. Quién? \_\_\_\_\_  
 Si es Residente Permanente Legal cuántos años? \_\_\_\_\_ Estado migratorio: \_\_\_\_\_
- Elegible para el seguro de COBRA Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene o piensa presentar una demanda por lesiones personales para compensar por las lesiones recibidas?  Si  
 No
- ¿Recibe Subsidio de Viviendas, Asistencia Alimentarios o WIC?  Sí  No

**INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE INGRESO DE LOS HOGARES:**

	Paciente	Spouse/Co-Applicant
Ingreso antes de impuestos		
Ingreso de negocio propio		
Desempleo		
Seguro Social/ Seguridad de Ingreso Suplementario (please specify)		
Jubilación (Pensión, Aualidad)		
Pensión alimenticia / Manutención de Menores		
Intereses y dividendos de cuentas de inversion		
los ingresos por alquiler de inmuebles		
Otros Ingresos		
Ingresos totales		

El ingreso total de los hogares

**Monthly Household Expense Information:**

	Total		Total
hipoteca / alquiler		Compra de comida	
electricidad		Pago del coche (s)	
gas doméstico		guardería	
agua/ alcantarilla		manutención de los hijos/ Pensión alimenticia	
teléfono/ Teléfono móvil		préstamos estudiantiles	
Cable/Internet		gastos médicos	

Si no tiene ingresos mensuales por favor dar una explicación de cómo sobre lleva sus gastos mensuales

INFORMACIÓN OBTENIDA DE: \_\_\_\_\_ RELACION CON PACIENTE: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando asistencia financiera con McPherson Hospital como agente de facturación/colección para los proveedores de salud afiliados indicados anteriormente. Yo entiendo que es la expectativa de McPherson Hospital que los pacientes utilicen todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus cuentas médicas antes de la asistencia financiera que será considerada o concedida. La información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos complementarios son verdaderos y completos. Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo de permitir que McPherson Hospital pueda verificar mi empleo y historial de crédito con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones y facilidades de revelar información concerniente a mi crédito o situación financiera a McPherson Hospital para este mismo propósito. Entiendo que McPherson Hospital puede requerir pruebas más específicas de cualquier información en este FAA y confirmación de documentos de apoyo que será proporcionado bajo petición. Si alguna información en este

FAA y los documentos de apoyo se encuentra que son falsos, engañosos o incompletos, mi solicitud para asistencia será negada. McPherson Hospital se reserva el derecho de re-evaluar y/o revertir la designación de cualquier servicio caritativo y si la información material no se revela, o la información fue falsificado o deliberadamente retenido, o si yo (o mis herederos) hago una demanda o presento una acción civil contra un tercero por daños personales o daños (incluyendo cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que cualquier asistencia financiera otorgada por McPherson Hospital no puede ser utilizado por mí o mis representantes legales en cualquier negociación, asentamientos o demanda legal con el propósito de mejorar una indemnización de daños y perjuicios monetarios. Si esto ocurre, estoy de acuerdo que McPherson Hospital tiene el derecho de revertir cualquier designación de servicio caritativo y perseguir cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que prestó servicios médicos al paciente antes mencionado puede presentar y mantener un embargo preventivo del hospital antes o después de la concesión de asistencia financiera en todas las fuentes de recuperación posibles.

---

Firma del Solicitante

Fecha

---

Co-firma del solicitante

Fecha

Edition 6/8/16