**Información del Jefe de hogar:**

Kearny County Hospital/Family Health Center

Apellido Primer Nombre Inicial Media # de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Direccion de la **Calle** Ciudad Estado Código postal

Dirección de **correo** Ciudad Estado Código postal

Por favor, marque la casilla correspondiente: Soltero(a) Casado(a) Pareja Conviviente . Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Numero de teléfono de casa: Numero de teléfono de trabajo:

**Información del empleador:**

Nombre del empleador

Dirección del empleador Ciudad Estado Código postal

**Por favor indicar todas las personas que viven en el hogar, incluyendo al solicitante. Indicar a quien reclama en su declaración de impuestos:** (Utilice hoja adicional si es necesario)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Relación con Paciente | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social | Dependiente de impuesto  (S/N) |
| 1. | **YO** |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

¿Los servicios son relacionados con la compensación de trabajadores o reclamación de accidente de vehículo de motor? SI No

¿Hay alguien en su hogar: (Marque todas las que correspondan)

Embarazada Quien?

Una víctima de un crimen que causo lesiones Quien?

Deshabilitado Quien?

No es un ciudadano de los EE.UU. Quien?

Si es Residente Permanente Legal, cuantos años? Estado migratorio:

¿Tiene o piensa presentar una demanda por lesiones personales Si No Para compensar por las lesiones recibidas?

¿Ha solicitado Medicaid? Sí No

Fecha aplicada: fecha denegado:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Paciente** | **Cónyuge / co-solicitante** |
| Ingreso antes de impuestos |  |  |
| Ingreso de negocio propio |  |  |
| Desempleo |  |  |
| Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario (Por favor especifique) |  |  |
| Jubilación (Pensión, Anualidad) |  |  |
| Pensión alimenticia/Manutención de Menores |  |  |
| Intereses y dividendos de cuentas de inversión |  |  |
| Los ingresos por alquiler de inmuebles |  |  |
| Otros Ingresos |  |  |
| **Ingresos Totales** | **$** | **$** |
|  | **El ingresos total de los hogares** | **$** |

**Información Mensual de Gastos de Hogares:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Total** |  | **Total** |
| Hipoteca/alquilar |  | Compra de comida |  |
| electricidad |  | Pago del coche ($) |  |
| Gas domestico |  | Guardería |  |
| Agua/alcantarilla |  | Manutención de los hijos/Pensión alimenticia |  |
| Teléfono/teléfono móvil |  | Préstamos estudiantiles |  |
| Cable/ Internet |  | Gastos médicos |  |
|  |  | **Gasto total de los hogares** | **$** |

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

**Esta sección debe completarse en caso de pasar la noche en el Hospital.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bienes** | (activos) |  | |  |  |  |
| **Cosas personales** | **Valor estimado** | **Efectivo o equivalente** | | **Valor estimado** | **Inversiones** | **Valor estimado** |
| Casa |  | Cuenta de cheques | |  | Cuenta de retiro |  |
| Vehículo |  | Cuenta de ahorros | |  | Los fondos de inversión |  |
| Vehículo |  | Certificados de depósito | |  | Granja o de negocios |  |
| Muebles y equipo |  | Seguro de vida (valor efectivo) | |  |  |  |
| Segunda residencia o propiedad |  | Otro | |  |  |  |
| Otro |  |  | |  |  |  |
| **Bienes Total** | **$** | |  |  |  |  |
| **Bienes líquidos Total** | **$** | |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **las obligaciones** |  |  |
| **Los saldos de préstamos** | **Estimado de la deuda** | **Mensualidad** |
| Préstamo hipotecario |  |  |
| Préstamo con garantía hipotecaria |  |  |
| Los préstamos de coche |  |  |
| Préstamos de bienes raíces |  |  |
| Préstamos estudiantiles |  |  |
| Otros préstamos |  |  |
| **Otras Deudas Pendiente** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Las obligaciones Totales** | **$** |  |
| Mensual de la deuda total de los pagos |  | $ |
| **Precio neto estimado** | **$** |  |

Estoy solicitando ayuda financiera con el Hospital del Condado de Kearny. Yo entiendo que es la expectativa del Hospital del Condado de Kearny que los pacientes utilizan todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus cuentas médicas antes de considerar o de concesión de la ayuda financiera. La información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos complementarios son verdaderas y completas. Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que el Hospital del Condado de Kearny para verificar mi empleo con el propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda financiera. Entiendo que el Hospital del Condado de Kearny puede solicitar una prueba más específica de cualquier información sobre este FAA y los documentos de apoyo se proporcionará a petición. Si cualquier información en este FAA y los documentos de apoyo se encuentra que es falsa, engañosa o incompleta, se le denegará mi solicitud de ayuda. Hospital del Condado de Kearny se reserva el derecho de volver a evaluar y / o revertir los eventos relevantes de designación de servicio de caridad no se da a conocer, o información fue falsificado o deliberadamente retenido, o si yo (o mis herederos) hacen que la demanda de un archivo de una acción civil contra una tercero por lesiones personales o daños), incluyendo los gastos médicos / gastos). Entiendo y acepto que cualquier ayuda financiera concedida por el Hospital del Condado de Kearny no puede ser utilizado por mí o mis representantes legales en cualquier negociación, los asentamientos o demanda con el fin de potenciar una indemnización por daños monetarios. Si esto ocurre, estoy de acuerdo en que el Hospital del Condado de Kearny tiene derecho a revertir cualquier designación de servicio de caridad y llevar a cabo los cargos completos. El abajo firmante acepta que el hospital más aún que prestó servicios médicos al paciente antes mencionado puede presentar y mantener un gravamen hospital antes o después de la ayuda financiera se concederá a todas las fuentes potenciales de recuperación.

Firma del Aplicante Fecha

Firma del Co-Solicitante Fecha

**Un asesor financiero está disponible de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm . Para asistencia llame al (620)355-7112 ext . 1541. \* Se Habla Español.**

****