

Franklin General Hospital/Franklin Medical Center

Ayuda Financiera (*Financial Assistance*)

Nos requiere la ley mantener confidencial la información sobre usted. Se utilizará la información a continuación solamente para el propósito de confirmar su necesidad para la ayuda financiera. La ayuda financiera se basa en los niveles federales de los ingresos de pobreza. **No se procesarán los formularios incompletos. Hay que someter la verificación de ingresos tales como una declaración previa de impuestos o talones de cheques de trabajo por tres meses para que este formulario se considere completo.** Hay que someter información para el solicitante y para el esposo o pareja que viven en la misma casa.

Solicitante (<i>Applicant</i>):		Esposo (<i>Spouse</i>):		
Num. de Seguro Social (SSN): Fecha de nacimiento (DOB):		Num. de Seguro Social (SSN): Fecha de nacimiento (DOB):		
Dirección (<i>Address</i>):		Dirección (<i>Address</i>):		
Teléfono o celular (<i>Phone/Cell Phone</i>):				
Ingresos mensuales brutos de la casa (Incluya todos los ingresos devengados y no devengados) (<i>Household Gross Monthly Income - Include all earned and unearned income</i>)				
Salario o sueldo (<i>Salary/Wages</i>) \$ _____ Pensión infantil (<i>Child support</i>) \$ _____ Pensión alimenticia (<i>Alimony</i>) \$ _____				
Seguro Social (<i>Social Security</i>) \$ _____ Beneficios de veterano (<i>Veteran's Benefits</i>) \$ _____				
Jubilación o pensión (<i>Retirement/Pensions</i>) \$ _____				
Compensación al trabajador o prestaciones de desempleo (<i>Workman's comp./Unemployment Benefits</i>) \$ _____				
Ganancias por intereses (<i>Interest earnings</i>) \$ _____ Dividendos (<i>Dividends</i>) \$ _____				
Otros ingresos (<i>Other Income</i>): \$ _____ Descripción (<i>Description</i>) _____				
Si los ingresos son \$0.00 (cero) explique (<i>If Income is \$0.00 (zero) explain</i>):				
Recursos (<i>Resources</i>):		Otros valores de propiedad:		
Saldo de cuenta de cheques: _____ (<i>Checking Account Balance</i>)		Vehículos recreativos (<i>Recreational Vehicles</i>) \$ _____		
Saldo de cuenta de ahorros: _____ (<i>Savings Account Balance</i>)		Descripción (<i>Description</i>) _____		
		Segunda casa (<i>Second Home</i>): \$ _____		
Dependientes: (<i>Dependents</i>):	Nombre (<i>Name</i>)	Fecha de nacimiento (<i>Date of Birth</i>)	Nombre (<i>Name</i>)	Fecha de nacimiento (<i>Date of Birth</i>)
1.	_____	_____	3.	_____
2.	_____	_____	4.	_____
Favor de indicar otros programas de ayuda financiera que usted ha solicitado durante el último año - incapacidad de Seguro Social, Medicaid, etc. (<i>Please indicate other financial assistance programs applied for within the last year - social security disability, Medicaid, etc.</i>)				
Favor de dar o anexas cualquier información que usted siente que ayudaría para entender su situación actual. (<i>Please provide or attach any information you feel would be helpful in understanding your current situation.</i>)				
AFIRMACIÓN DE CLIENTE: Declaro que las declaraciones dentro de la presente son verdaderas y correctas a mi saber. Entiendo que cualquier declaración falsa o incorrecta del hecho material podría resultar en una descalificación de la ayuda financiera. Entiendo que debo dar verificación de los ingresos, dependientes, cuentas bancarias, comprobantes de pago y documentación sobre los impuestos. Entiendo que se podría utilizar un reporte de crédito como parte del proceso para determinar la ayuda.				
Firma del paciente (<i>Patient Signature</i>): _____ Fecha (<i>Date</i>): _____				