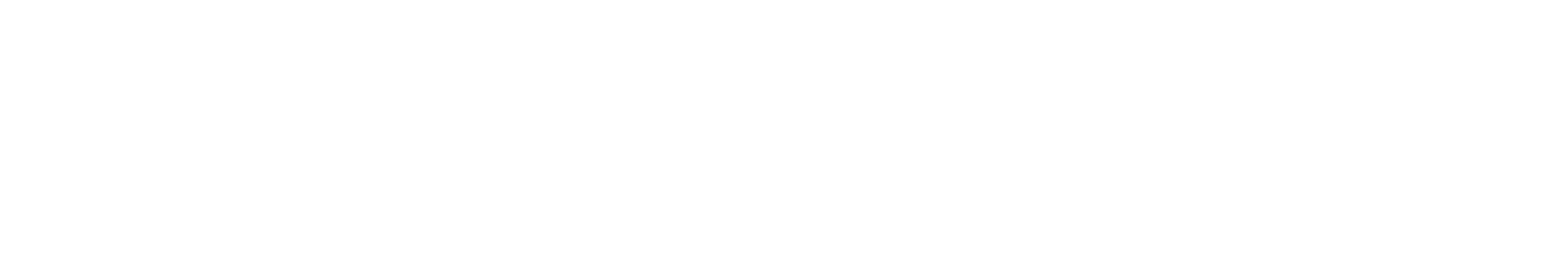
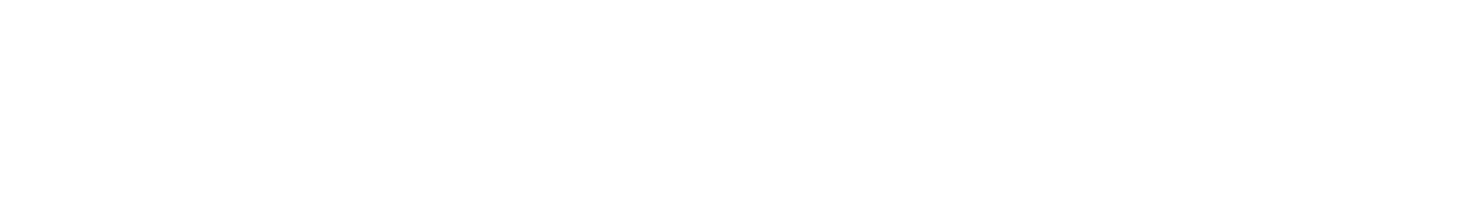
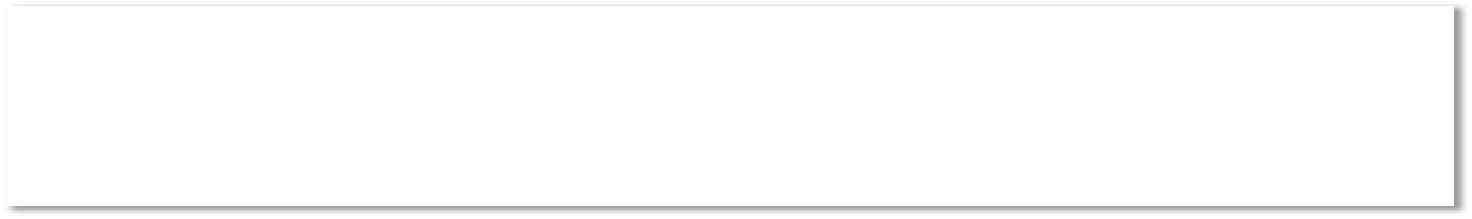
COPPER QUEEN COMMUNITY HOSPITAL

FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

Fecha:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Paciente: | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | |
| Numero de Teléfono: | | | Lenguaje primario: | | | | | | * Masculino * Femenino |
|  | | |  |  | | | |  | | |
| Direccion de casa:  Direccion 1 | Direccion de envio:  Direccion 1    Direccion 2 | | | | | |
| Ingreso Annual: | | | | | |
| Direccion 2 |
| # de Dependientes Inmediatos  ( incluir a uno mismo) | | | | | |
| Ciudad: |  | Ciudad: | | | | |
|  | | | | | |
| Estado: Codigo postal | Estado: | | | Codigo postal | |
| Email: | | | | | | |



Documentación Requerida:

* ✔ Verificacion de Identidad / Direccion (Licencia de conducir, identificación con domicilio, o factura de servicios públicos
* ✔ Ingresos: Delcaración de impuestos del año anterior, tres talones de cheques más receintes.

Entiendo que si mis ingresos superan el 200% del Nivel Federal de Pobreza, es posible que no me califiquen para este programa. Por lo tanto, seré responsable del 20% de los cargos totals si no tengo seguro o el monto total de la responsabilidad del paciente si estoy asegurado. También verifico que toda la información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento y acepto notificar inmediatamente al personal del Copper Queen Community Hospital si hay cualquier cambio en la información arriba.

Tambien entiendo que esta solicitud no cubre los cargos facturados por otra organización que incluyen, entre otros, cargos de patología, cargos profesionales de radiología, etc.

Certifico que la información sobre el numero de personas del hogar y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Entiendo que es posible que se requiera información que verifique los ingresos y el numero de personas en el hogar.

Entiendo que la eligibidad futura puede basarse en la solicitud de participación en programas de asistencia publica federales/estatales actuales.

Firma del Paciente / Guardián Fecha Firma del Testigo del Personal Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY

List all MRN’s in household:

Notes:

MM/DD/YYYY

MM/DD/YYYY

Reviewed by: Date:

Approved by: Date:

Charity approval timeframe: / / through / /

* **Dis-Approved**

***To be completed by the Business Office* ☐ Approved**

Are all required documents included? ☐ Yes ☐ No Is the patient over 200% FPL? ☐ Yes ☐ No

Initial amount to be adjusted? $

Rev 6/7/2018 VM