

Financial Assistance Hardship Settlement Application

Solicitud para Ayuda Financiera Y Acuerdo durante Dificultades Financieras

Account# Nº de Cuenta	
Date(s) of Service Fecha(s) de Servicio	

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their SMH hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

El propósito de este formulario es proporcionar al Departamento de Asesoría Financiera la información necesaria para determinar si el paciente califica para la ayuda financiera con su(s) factura(s) del hospital smh. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.

Patient Demographics *Datos Demográficos del Paciente*

Patient's Full Name <i>Nombre Completo del Paciente</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Social Security# <i>Nº de Seguro Social</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>
Physical Address <i>Dirección de Correos</i>	City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>		County <i>Condado</i>

If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below
Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo

Mailing Address <i>Dirección de Correos</i>	City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>	County <i>Condado</i>	
Home Phone# <i>Nº de Teléfono del Hogar</i>	Mobile Phone# <i>Nº de Teléfono Móvil</i>	Citizenship Status <i>estatus de ciudadanía</i>	Lived in U.S. Since <i>Vive en E.U. desde</i>

Health Insurance Information *Información de Seguro Médico*

Primary Coverage <i>Cobertura Primaria</i>	Policy Holder <i>Nombre del Poseedor de la Póliza</i>	Effective Dates <i>Fecha de Vigencia</i>
--	---	--

Please list all household members below *Listar miembros de Familia que viven con usted*

Name <i>Nombre</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>	Relation to Patient <i>Relación/Parentesco al</i>

If there are more than 5 members of the household, please list in the "notes" section on page 2 of this form.

Si hay más de 5 miembros de la familia en su hogar, por favor enumere en la sección "notas" de las página 2 de este formulario.

Employment <i>Educación, Empleo y Servicio Militar</i>	Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>	Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>
Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
Currently Unemployed (check box if yes) <i>Actualmente desempleado (elija la caja si es si)</i>	Currently Unemployed <input type="checkbox"/> <i>Actualmente desempleado</i>	Currently Unemployed <input type="checkbox"/> <i>Actualmente desempleado</i>

Banking <i>Banca</i>	Institution <i>Institución</i>	Balance <i>Saldo</i>	Account Holder(s) <i>Poseedor(es) de Cuenta</i>		
Checking <i>Cheques</i>			<input type="checkbox"/> Patient <i>Paciente</i>	<input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyug</i>	<input type="checkbox"/> Joint <i>Conjunta</i>
Savings/Investments <i>Ahorros</i>			<input type="checkbox"/> Patient <i>Paciente</i>	<input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyug</i>	<input type="checkbox"/> Joint <i>Conjunta</i>

Income (3 month history) Ingreso (historial de 3 meses)	Patient (mother if patient is a minor) Paciente (madre si el paciente es menor)			Spouse (father if patient is a minor) Cónyuge (padre si el paciente es menor)		
	Last month Ultimo mes	2 months ago 2 meses atrás	3 months ago 3 meses atrás	Last month Ultimo mes	2 months ago 2 meses atrás	3 months ago 3 meses atrás
Wages Salarios						
Pension/Retirement Pensión/Jubilación						
Social Security Retirement Jubilación del Seguro Social						
Social Security Disability Discapacidad del Seguro Social						
Supplemental Security Income Ingreso de Seguridad Suplementario						
VA Benefits Beneficios de Veteranos						
Unemployment Desempleo						
Child Support Pensión de Menores						
Food Stamps Estampillas de Alimentos						
Other (Workfirst, etc.) Otro (Workfirst, etc.)						
Statement of Verification Verificación de Declaración	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? ¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? ¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)		

Statement of Support <i>Declaración de Apoyo</i>	<p>I certify that I have been unemployed for the last _____ <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____.</p> <p><i>Yo certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ meses / años. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, refugio y ropa de _____, relación/parentezco, _____.</i></p>
--	--

Property Propiedad	Address Dirección	Ownership Propietario	Tax Value Valor de Impuesto	Loan Balance Valor Prestatario	Mortgage Co Co. Hipotecaria
Primary Residence Residencia Primaria		<input type="checkbox"/> own propia <input type="checkbox"/> rent alquiler			
Other Property Otra Propiedad		<input type="checkbox"/> own propia <input type="checkbox"/> rent alquiler			

Acknowledgement and Signatures					
<p>I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.</p> <p><i>Por la presente certifico que la información proporcionada en esta Declaración Financiera del Paciente es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender. Por este medio autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualesquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a comunicar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.</i></p>					
Signature: Firma	Relationship to Patient: Relación con el Paciente			Date Fecha	
Witness Signature: Firma del Testigo	Relationship to Patient: Relación con el Paciente			Date Fecha	

Mail Completed Application to:
Scotland Memorial Hospital
Attention: Financial Counseling
PO Box 1847
Laurinburg, NC 28353

Notes: