



Craig Hospital

Redefining Possible for People with Spinal Cord and Brain Injuries

Aplicacion para Ayuda Financiera (FAA)

Craig Hospital

Aplicación para Cuidado de Caridad y Descuentos de Pagos Personales

Favor complete todas las secciones. No deje espacios en blanco. Marque N/A si no aplica. Información incompleta retrazara el proceso de aprobación.

Nombre del Paciente _____ Numero de Cuenta (si lo sabe)_____

Numero de Seguro Social del Paciente _____ Numero Principal de Telefono _____

Fecha de Nacimiento del Paciente (Mes, Dia, Año) _____ Edad _____

Direccion del Paciente (Calle, Estado, Codigo Postal) _____

Empleador (Nombre, Dirección y Numero de Telefono) _____

Nombre del Esposo(a) (O padre, si el paciente es menor de edad) _____

Numero de Seguro Social de Esposo/Padre _____

Empleador del Esposo/Padre (Nombre, Dirección y Numero de Telefono _____

Ingresos del hogar (Despues de su lesión): Favor proporcione la cantidad de ingresos antes de impuestos de los siguientes miembros de su hogar:

Paciente \$ _____ / Año

Esposo(a) del Paciente \$ _____ / Año

Padre (si el paciente es menor de edad) \$ _____ / Año

Otros Ingresos \$ _____ / Año

Ingresos Totales \$ _____ / Año

Numero de la Familia: Favor indique el numero de personas que viven en la casa del paciente: _____

Verificación de Ingresos: Favor proporcione uno a más de los siguientes tipos de documentación para verificar sus ingresos:

- Talonarios de sueldo
- Sus más recientes formas W2 del IRS
- Copia de su más reciente declaración de impuestos
- Declaraciones firmadas de ingresos
- Balances del banco

Si no puede proveer uno de las pruebas de ingresos anteriores, favor explique porque esta información no está disponible: _____

Capital Líquido y Otros Recursos: Favor indique si tiene los siguientes tipos de cuentas y sus balances actuales:

- Cuenta de Ahorros y de Money Market \$ _____
- Cuenta de ahorro de Salud (Incluyendo flex spending, cuenta de ahorros) \$ _____
- Inversiones \$ _____
- Fondo Fiduciario \$ _____
- Cuentas de Retiro \$ _____

Información Adicional o Comentarios:

Favor proporcione cualquier información adicional que deba ser considerada para la aplicación o use este espacio para explicar con mayor detalle alguna información previamente proporcionada.

Certificación de Declaración:

Entiendo que al proporcionar esta información, Craig Hospital puede verificar la información contenida en esta aplicación. Certifico que todas las declaraciones hechas en esta aplicación son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y son hechas en Buena fe. También entiendo

que esta aplicación es para asistencia financiera relacionada con servicios medicos proporcionados por Craig Hospital y no incluye cargos relacionados con gastos de doctor.

Firma del Paciente o Responsable
Persona que ha completado la aplicacion

Fecha

Nombre del Paciente o Individuo Responsable
Persona que ha completado la aplicacion

Para Uso Interno Solamente

Persona revisando esta aplicacion : _____

Comentarios: _____

Categoria: Tradicional Indigente Medico Presumptivo

Persona que Aprueba esta Aplicacion _____ Cantidad _____

Firma del Aprobador

Fecha