

CASCADE MEDICAL CENTER

Solicitud para "El Programa de la Comunidad de Apoyo Financiero"

Cascade Medical Center le anima a aplicarse a nuestro Programa de la Comunidad de Apoyo Financiero si usted tiene ingreso bajo y si necesita ayuda a pagar cuentas del hospital o la clínica. Esto es un programa excepcional que le apoya según lo que usted gana. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, favor de llamar a Dixie Gough, consejera financiera: 509-548-3436, o Laurie Peek, que habla español: 548-7186.

.....
INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente: _____

Si paciente es menor de edad o dependiente, escriba el nombre de la persona responsable:

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____

Cuántas personas hay en su familia que viven en la casa? _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA

Aseguranza Médica? Sí: _____ No: _____

Si "sí", escriba el nombre de la compañía de aseguranza: _____

Número de Póliza: _____

Protección Además? Sí: _____ No: _____ Nombre de otra protección: _____

Medicare? _____ Medicaid? _____

¿ Se lastimó en un accidente de carro? Sí: _____ No: _____

¿ Se lastimó en el trabajo? Sí: _____ No: _____

INGRESO

Favor de incluir con este formulario los documentos que muestran su ingreso. Por ejemplo:

- Talones de cheque de todos los empleos, o,
- La forma "W2", o,
- La declaración de impuestos del año pasado, o,
- Documentos de aprobación o negación de Medicaid, asistencia Médica u otros beneficios, o,
- Cartas de aprobación o negación de desempleo, o,
- Declaraciones escritas por empleados o agentes de asistencia pública.

Ingreso mensual actual de toda la familia, en bruto: \$ _____

Ingreso total de toda la familia de los últimos 3 meses, en bruto: \$ _____

¿Ha tenido su familia algunos aumentos o reducciones de ingreso recientemente? O, esperan un cambio en su ingreso en los próximos 3 meses? Sí: _____ No: _____

Si, "sí", favor de describir: _____

¿Ha sufrido usted recientemente adversidad financiera o pérdida personal, [por ejemplo, otros gastos médicos, muerte de un familiar, pérdida de empleo, pérdida de casa, carro u otro propiedad]? Sí: _____ No: _____

Si, "sí", favor de explicar: _____

¿Muestran los documentos incluidos con esta solicitud su situación financiera actual?

Sí: _____ No: _____ Si, "no", por qué? _____

¿Ya ha usted recibido servicios de Cascade Medical Center? Favor de anotar las fechas y los servicios recibidos:

Yo entiendo que la información que doy estará verificada por Cascade Medical Center y revisada por agencias del Estado como requiere. Yo atestiguo que toda la información antedicha es verdad y correcta.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Envíe por correo esta solicitud con todos los documentos a:

**Cascade Medical Center
Attn: Dixie Gough
817 Commercial Street
Leavenworth, WA. 98826**

También, usted puede llevar esta solicitud con todos los documentos directamente a Cascade Medical Center.