

CATHOLIC HEALTH SERVICES FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

FACILITY: _____ **Account Number** _____
Patient Name: _____ **Date of Birth** _____ **DOS** _____
Responsible Party: _____ **SSN** _____ **Daytime Phone** _____
Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
Employer: _____ **FT/PT Work Number** _____ **Monthly Gross Income** \$ _____
Spouse's Name _____ **SSN** _____ **Monthly Gross Income** \$ _____
Employer: _____ **FT/PT Work Number** _____
Responsible Party's Other Income \$ _____ **Spouse's Other Income** \$ _____
Family Size _____ **Annual Gross Household Income** \$ _____ **Ages of Dependent Children** _____

PROOF OF INCOME: A COPY OF THE FOLLOWING INFORMATION MUST ACCOMPANY YOUR APPLICATION IN ORDER TO PROCESS

Federal Tax Return (most recent) 1040 / 1040EZ
Current Pay Stub (Responsible Party and Spouse)

Self Employed Applicants:

Please provide last 2 complete Federal Tax Returns with profit & loss reportings

Other Income Source Documentation:

____ Social Security	____ VA Assistance	____ Railroad Retirement	____ Child Support	____ Disability
____ Life Insurance	____ Pension	____ Alimony	____ Unemployment	____ Worker's Comp
____ Public Assistance	Other: Please List: _____		____ Annuity	

ASSETS

Cash on Hand (include checking)	\$ _____
Savings	\$ _____
Stocks/bonds/Retirement funds	\$ _____
Auto: Model _____ Yr _____	\$ _____
Auto: Model _____ Yr _____	\$ _____
Home: Estimated Market Value	\$ _____
Other Assets	\$ _____
Other Assets	\$ _____
Total Assets:	\$ _____

LIABILITIES AND NET WORTH

Bank Loans	\$ _____
Total Credit Cards	\$ _____
Home Mortgage	\$ _____
_____ rent _____ own	\$ _____
Other Liabilities	\$ _____
Other Liabilities	\$ _____
Total Liabilities	\$ _____
Net Worth (Assets - Liabilities)	\$ _____

FIXED MONTHLY EXPENSES

House Payment/Rent	\$ _____
Utilities	\$ _____
Telephone	\$ _____
Cable TV	\$ _____
Medical Bills	\$ _____
Prescription Drugs	\$ _____
Insurance	\$ _____
Groceries	\$ _____
Child Care \$ _____	Child Support \$ _____
Total Monthly Expenses	\$ _____

I hereby acknowledge that the information given to Catholic Health Services is true and correct to the best of my knowledge. I authorize Catholic Health Services to verify any or all information given and to obtain a consumer credit report to be obtained as deemed necessary. **PROOF OF INCOME REQUIRED.**

Patient/Guarantor's Signature _____

Date _____

If you have any questions regarding this form, please contact the Facility Business Office Monday through Friday from 9:00 a.m. to 5:00 p.m.

10/2006

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA DE CATHOLIC HEALTH SERVICES

INSTALACIÓN: ? SARH ? SCRH ? SJNC ? VMNC ? SANC MR Número: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ DOS _____

Persona Responsable: _____ SSN _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador: _____ FT/PT Teléfono _____ Salario Bruto Mensual \$ _____
 Cónyuge: _____ SSN _____ Salario Bruto Mensual \$ _____

Empleador: _____ FT/PT Teléfono _____

Salario adicional de la Persona Responsable \$ _____ Salario adicional del Cónyuge \$ _____

Tamaño del Núcleo familiar _____ Entrada Económica Anual \$ _____ Edades de hijos menores _____

COMPROBACIÓN DE ENTRADA ECONÓMICA: COPIA DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN TIENE QUE ACOMPAÑAR SU APLICACIÓN PARA PODER PROCESAR LA ASISTENCIA FINANCIERA

Declaración de Impuestos (más reciente)

Falonerario de Pago corriente (Persona Responsable y Cónyuge)

Aplicantes que trabajan por su cuenta:

Por favor proporcione las 2 últimas declaraciones de impuesto con un reporte de las pérdidas y ganancias

Documentación de otras entradas económicas:

___ Seguro Social ___ Asistencia para Veteranos ___ Jubilación Ferroviaria ___ Incapacidad ___ Manuntención Infantil ___ Seguro de Vida ___ Pensión
 ___ Pensión de Alimento a la mujer ___ Desempleo ___ Compensación por accidente de trabajo ___ Asistencia Pública ___ Otros: Especifique:

BIENES		DEUDAS Y PATRIMONIO NETO		GASTOS MENSUALES FIJOS	
Efectivo Disponible (cuenta de cheques)	\$	Préstamos Bancarios	\$	Hipoteca/Renta	\$
Ahorros	\$	Targetas de Crédito	\$	Utilidades	\$
Acciones/Bonos/Fondos de Retiro	\$	Hipoteca de la Casa	\$	Teléfono	\$
Auto: Modelo Año	\$	___ Renta ___ Propia	\$	Cable	\$
Auto: Modelo Año	\$	Otras Deudas	\$	Cuentas Médicas	\$
Hogar: Valor Estimado	\$	Otras Deudas	\$	Medicinas por Receta Médica	\$
Otros Bienes	\$	Otras Deudas	\$	Seguro	\$
Otros Bienes	\$	Total de Deudas	\$	Comestibles	\$
Total de Bienes	\$			Niñera y Manuntención	\$
TOTAL de Bienes y Deudas	\$			TOTAL de Gastos Mensuales	\$

Por la presente reconozco que la información proveída a CHS es correcta según mi conocimiento. Autorizo a CHS a verificar la información aquí expuesta y a obtener un informe de crédito del buro de crédito al consumidor como sea necesario. **PRUEBA DE ENTRADA ECONÓMICA ES REQUERIDA.**

Firma del Paciente/Familiar _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta con relación a esta aplicación, por favor contacte a un consejero financiero a _____

Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.