Aplicación para Asistencia Financiera
De Central Washington Hospital

Numero de Cuenta: _____ Balanze Debido: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esposa(o): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccíon: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Estado Civil: _____

DEPENDIENTES DE FAMILIA QUE SOPORTO:

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Relacion a Mi

SEGURO DE HOSPITAL:

Nombre de la Compania	Numero de Grupo	Numero de Poliza

EMPLEO:

Nombre de Lugar de Trabajo: _____

Posición: _____

Telefono de Trabajo: _____ Tiempo Trabajando: _____

Pago: $_____ por Hora / Semana / Mes Cuantas Horas Por Semana: _____

Nombre de Lugar de Trabajo de Esposa(o): _____ Posicion: _____

Telefono de Trabajo: _____ Tiempo Trabajando: _____

Pago: $_____ por Hora / Semana / Mes Cuantas Horas Por Semana: _____

OTROS INGRESOS:	Aplicante	Esposa(o)
☐ Seguro Social	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Pension de Veteranos	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Jubilacion	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Reparto de Servicio Militar	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Pago de Mantenimeinto para Niño(a)	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Dinero de Propiedad	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Desempleo	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Labor y Industrias	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Beneficios de Union	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Seguro	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Familia/Amistades	$_____ al mes	$_____ al mes
☐ Otra _____	$_____ al mes	$_____ al mes

POSESIONES DE VALOR: Actual o valor estimado

- 🗀 Dinero a Mano, y/o en el Banco $_____
- 🗀 Certificados de Seguro, Bonos $_____
- 🗀 Propiedad Personal (Describa) _____ $_____
- 🗀 Terrenos Invertidos Direccíon _____ $_____
- 🗀 Seguro de Vida: Compania: _____ Poliza _____ $_____
- 🗀 Carro: Marca: _____ Ano: _____ $_____
- 🗀 Carro: Marca: _____ Ano: _____ $_____
- 🗀 Otros carros, o carros de recreacion:
  Marca: _____ Ano: _____ $_____

PAGOS MESUALES:

Renta/Hipoteca	$_____	Agua/Basura/ Alcantarilla	$_____	Comida	$_____
Electricidad	$_____	Telefono	$_____	Cable TV	$_____

(Use otra hoja de papel si es necesario)

ACREEDOR:	**BALANZA DEBIDA:**	**PAGO MENSUAL:**	**ACREEDOR:**	**BALANZA DEBIDA:**	**PAGO MENSUAL:**
Guarderia	$_____	$_____	Pago de Mantenimeinto de Niño		$_____
Visa	$_____	$_____	Visa	$_____	$_____
Master Card	$_____	$_____	Master Card	$_____	$_____
American Exp.	$_____	$_____	American Exp.	$_____	$_____
Discover Card	$_____	$_____	Discover Card	$_____	$_____
Prestamo de Carro	$_____	$_____	Prestamo de Banco	$_____	$_____
Prestamo de Carro	$_____	$_____	Prestamo de Banco	$_____	$_____
Tarjeta de Tienda	$_____	$_____	Tarjeta de Credito	$_____	$_____
Nombre	_____		Nombre	_____	
Tarjeta de Tienda	$_____	$_____	Tarjeta de Credito	$_____	$_____
Nombre	_____		Nombre	_____	
Otra: (especique)	$_____	$_____	Otra: (especique)	$_____	$_____

CUENTAS MEDICALES: Nombre de Facilicad	**Balanza Debieda Despues de Aseguranza:**	**CUENTAS MEDICALES: Nombre de Facilicad**	**Balanza Debieda Despues de Aseguranza:**
Central Washington Hosp	$_____	_____	$_____
_____	$_____	_____	$_____
_____	$_____	_____	$_____

TOTAL DE INGRESOS DE LOS ULTIMOS 12 MESES: $_____

Comprobación de ingresos de TODOS EN LA CASA es requerido: Por favor mande copias de talones de cheques donde muestran lo que han ganado en el año de todos los lugares que trabajaron si fue mas de uno, y/o copia de cheque de suguro social, y/o copia de su estado de cuentas del banco, y/o copias de su W-2 para impuestos, y/o una carta de su patron, y/o copia de impuestos del año pasado. SU APLICACION NO VA ASER PROCESADA SIN ESTA DOCUMENTACION.

Yo entiendo que la informacion que estoy presentando es sometida a comprabación por la hospital y sometida a reviso por las agencias federal y estatal que enforzan la ley y otras requeridas. yo certifico que la informacion esta correcta.

Fecha: _____ Firma: _____

Si tiene usted preguntas llenando esta aplicación, por favor llame a _____ al _____
Lunes a Vierners 8:15 a.m. a 4:15 p.m. Cerrado dias festivos y fines de semana. Gracias.

Esta forma y documentación necesita ser regresada para _____ para ser considerada.