



# CRAWFORD COUNTY

## MEMORIAL HOSPITAL

Crawford  
County Memorial Hospital  
100 Medical Parkway

Denison, Iowa 51442

Phone: (712) 265-2500

Fax: (712) 265-2533

### TO APPLY FOR FINANCIAL ASSISTANCE

- Complete the financial assistance application enclosed
- Provide the Hospital with a letter from the Department of Human Services indicating if you do or do not qualify for the assistance from them.
- Proof of your income in the form of: copies of your latest State and Federal Income tax return, copies of your most recent bank statement and copies of your most recent pay stub.

Application must be completed and returned along with all required documentation to Crawford County Memorial Hospital by:

\_\_\_\_\_.

### APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

- Complete la aplicación de asistencia financiera.
- Provea a Crawford County Memorial Hospital una carta del Departamento de Servicios Humanos indicando si usted si califica o no califica para la asistencia de parte del Departamento de Servicios Humanos.
- Prueba d ingresos en la siguiente forma: copias de los más recientes impuestos Estatales y Federales, copias del más reciente estado de cuenta bancario y un talón de pago

Por favor complete y regrese la aplicación y la documentación requerida por Crawford County Memorial Hospital para la Siguiete fecha: \_\_\_\_\_.

*We care for life™*

100 Medical Parkway  
Denison, IA 51442

712 265 2500

888 747 0852 *toll free*

712 265 2533 *fax*



### Aplicación Para Ayuda Financiera

- Solicitud de servicios por adelantado       La aplicación es después de los servicios proporcionados

Conforme a la política de cuidado de caridad de Crawford County Memorial Hospital, solicito consideración de mi elegibilidad para recibir atención reducida en Crawford County Memorial Hospital/ CCMH Medical Clinic.

**Llenar esta aplicación no es una garantía de aceptación.**

#### Partido Responsable/ Información del aplicante

Nombre Completo		Numero de Casa
Dirección		Numero de Celular
Correo (si es diferente)		Numero de Trabajo
Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	SS#	
Residente de Crawford County ___SI      ___NO		
Esta:	<input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/> Siego/a
	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Servicio Activo (Militar)
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> No casado/a (soltero/a o viudo/a)
Empleo:	<input type="checkbox"/> No empleado desde: _____	<input type="checkbox"/> Jubilado desde: _____
	<input type="checkbox"/> Discapacitado desde: _____	<input type="checkbox"/> Despedido desde: _____
Empleador:	¿Salario por hora?	
Numero de Empleador		
Ciudad	Estado	
¿Cuánto tiempo empleado?	¿Qué tan seguido le pagan?	

#### Esposo/ a / Información de Pareja

Nombre Completo		Numero de celular
Fecha de Nacimiento		SS#
Esposo/ O Pareja:	<input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/> Siego
	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Servicio active (Militar)
Empleo:	<input type="checkbox"/> No empleado desde _____	<input type="checkbox"/> Jubilado desde _____
	<input type="checkbox"/> Discapacitado desde _____	<input type="checkbox"/> Despedido desde _____
Empleador	Salario por hora:	
Numero de empleador:		
Ciudad	Estado	
¿Cuánto tiempo empleado?	¿Qué tan seguido le pagan?	

#### Miembros del hogar adicionales

Tamaño total de la familia (inclúyase a sí mismo y esposo/ a: \_\_\_\_\_)

- Lista de todos los otros dependes legales viviendo en el hogar

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	¿Cobertura de Seguro de Salud?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si hay más miembros de familia que no cupieron arriba, adjunte una hoja adicional con la información.

Por favor marque cualquiera de estos que usted ha aplicado y recibido en el pasado o está recibiendo actualmente:

Medicaid  HAWK-I (para niños)  Iowa Care  Welfare/AFDC  WIC  Estampillas para comida  Asistencia para comida  SSI

¿Ha recibido ayuda financiera en el hospital?  Si  No

**Fuentes de ingresos**

- Lista de todas las fuentes de ingresos antes de impuestos y deducciones. Por favor use otro pedazo de papel si es necesario.

Fuentes de ingresos o Dinero	Quien lo recibe	Cantidad recibida al mes
Dinero de trabajo (s) antes de impuestos (ingresos brutos)		
Trabajos ocasionales y propinas		
Desempleo, Compensación de trabajador, Discapacidad		
Social Security o Supplemental Security Income (SSI)		
Pensiones, Jubilación, o Beneficios de Veteranos		
Manutención de menores o pensión alimenticia		
Apoyo de familia o amigos para ayudar con los gastos		
Otros:		

**Recursos en efectivo**

- Lista de otros recursos en efectivo para todos los miembros del hogar. Nombre y Ciudad de institución financiera/ Banco

Dinero en efectivo en mano	\$	1)		
Cuentas de cheque (s)	\$	2)		
Cuenta de ahorro (s)	\$			
Bono de ahorro/ valores públicos	\$		Gastos médicos empleador flexible	\$
Certificados de depósito	\$		Valor efectivo de seguro de vida	\$

\*No liste los fondos que fueron sustituidos para el retiro, entierro o educación universitaria

**Responsabilidad**

- Indique el gasto mensual de los siguientes o total debido si se solicita

	Gastos mensuales	Total Debido		Gastos Mensuales	Total Debido
Hipoteca/ Renta	\$	\$	Prestamos Bancarias	\$	\$
Pago de Carro	\$	\$	Deudas Medicas	\$	\$
Seguros (todos los tipos)	\$	N/A	Prescripciones	\$	N/A
Tarjetas de Crédito	\$	\$	Otras:	\$	\$

**Información adicional**

- **Por favor, envíe copias de todos los siguientes elementos**

1. Copia de su más declaración de impuestos federales y estatales más reciente.
2. Copia de los últimos dos talones de cheque de todos los empleadores para todos los miembros de la familia
3. Copia de estados de cuentas del banco de todos los miembros de la familia
4. Copia de la carta de aprobación o negación del Departamento de Servicios Humanos

Toda la información arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que proveyendo cualquier información falsa o engañoso puede resultar en la negación de esta solicitud. Concedo a CCMH, sus afiliados y representantes permiso para investigar la información proporcionada.

Firma del aplicante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mejor tiempo del día para llamar \_\_\_\_\_ al Número \_\_\_\_\_