

**PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**

Yavapai Regional Medical Center recognizes that certain patients may require financial assistance in paying for healthcare services. The Patient Financial Assistance Program has been designed by the hospital in response to the needs of these patients.

Attached is the Patient Financial Assistance Application for you to complete and return to us by the date noted below.\* The information requested on the form will assist us in determining if you qualify for assistance. Please fill out the form as completely as possible and return with copies of the items that are checked below.

- Paycheck stubs for the last three (3) months for all working persons in house hold.  Recibos de pago de los últimos tres (3) meses correspondientes a todas las personas que trabajan en el hogar.
- Social Security Award Letter  Carta de adjudicación de beneficios del Seguro Social
- Proof of pension  Comprobante de pensión
- Unemployment checks for last three (3) months/proof of unemployment filed  Cheques de desempleo correspondientes a los últimos tres (3) meses / comprobante de desempleo presentado
- Self-employment business records: profit and loss, tax returns and bank statements  Registros comerciales de empleo independiente: ganancias y pérdidas, declaraciones de impuestos y estados de cuentas bancarias.
- In the absence of income, a letter of support from individual(s) providing for the patient's basic living needs may be submitted  En el caso de no percibir ingresos, puede presentarse una carta de sostenimiento de los individuos a cargo de las necesidades básicas del paciente. individuos a cargo de las necesidades básicas del paciente.
- Current IRS tax return  Declaración actual de impuestos al Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- Bank and/or credit union statements for the last three (3) months  Estados de cuentas bancarias o de cooperativas de crédito de los últimos tres (3) meses
- Investment statements for the last three (3) months  Declaraciones de inversión de los últimos tres (3) meses
- Mortgage statement for one (1) month and annual property tax statement  Declaración de hipoteca correspondiente a un (1) mes y declaración de impuestos anuales de propiedad
- Students:  Estudiantes:
- Copy of transcripts  Copia de certificados
  - Financial Aid documents  Documentos de ayuda financiera
- Death Certificate  Certificados de defunción

Other required items to show your relationship to other household members, entitlement to Social Security, and legal residency are:

- Birth or baptismal certificate or adoption papers for minor age children  Certificado de nacimiento o de bautismo, o documentación relacionada con la adopción de niños menores de edad
- Marriage License  Licencia de matrimonio
- Social Security Cards  Tarjetas del Seguro Social
- Current Driver's License  Licencia de conducir actual
- Other document proving legal residency  Otros documentos que indiquen residencia legal

An incomplete application will be denied until it is fully completed. The name of your financial counselor is noted below.

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE**

Yavapai Regional Medical Center reconoce que determinados pacientes pueden requerir asistencia financiera para pagar los servicios de atención médica. El hospital ha diseñado el Programa de Asistencia Financiera para el Paciente en respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Se adjunta la solicitud de Asistencia Financiera para el Paciente que deberá completar y enviarnos de regreso antes de la fecha que se indica a continuación.\* La información solicitada en el formulario nos ayudará a determinar si reúne los requisitos para recibir la asistencia. Le agradeceremos que complete lo más posible el formulario y lo envíe de regreso con copias de la documentación que se encuentra marcada a continuación.

Otros documentos requeridos para demostrar su relación con otros miembros de la familia, su derecho al Seguro Social y su residencia legal son los siguientes:

Las solicitudes incompletas se rechazarán hasta que estén totalmente completas. El nombre de su asesor financiero se especifica a continuación.

YRMC BUSINESS OFFICE  OFICINA COMERCIAL DE YRMC

Enc: Application  cerrado Aplicación

\* Due date  Fecha de vencimiento

Financial Counselor  Asesor Financiero



PATIENT FIRST NAME ■ PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	MI ■ INI. 2° NOMBRE	LAST NAME ■ APELLIDO	DOB ■ F. de Nac.
--	---------------------------	-------------------------	---------------------

GUARANTOR'S FIRST NAME ■ PRIMER NOMBRE DEL GARANTE	MI ■ INI. 2° NOMBRE	LAST NAME ■ APELLIDO	SEX ■ SEXO	DOB ■ FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # ■ N.° DE SEGURO SOCIAL
ADDRESS ■ DIRECCIÓN O CASILLA POSTAL	CITY ■ CIUDAD	STATE ■ ESTADO	ZIP ■ CÓDIGO POSTAL	PHONE ■ TELÉFONO	

SPOUSE'S NAME ■ NOMBRE DEL ESPOSA	MI ■ INI. 2° NOMBRE	LAST NAME ■ APELLIDO	SEX ■ SEXO	DOB ■ FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # ■ N.° DE SEGURO SOCIAL
ADDRESS ■ DIRECCIÓN O CASILLA POSTAL	CITY ■ CIUDAD	STATE ■ ESTADO	ZIP ■ CÓDIGO POSTAL	PHONE ■ TELÉFONO	

# IN HOUSEHOLD ■ N.° DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	PATIENT LIVES IN HOUSEHOLD ■ PACIENTE VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> Yes ■ Sí <input type="checkbox"/> No	ACCOUNT NUMBERS ■ NÚMEROS DE CUENTA
# OF CHILDREN UNDER 18 IN THE HOUSEHOLD ■ N.° DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR	# OF DEPENDENT CHILDREN OVER 18 ■ N.° DE HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18	
# OF DEPENDENT CHILDREN OVER 18 THAT ARE FULL-TIME STUDENTS ■ N.° DE HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS QUE SON ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO	# OF DEPENDENT CHILDREN THAT ARE DISABLED ■ N.° DE DEPENDIENTES HIJOS QUE SON DISCAPACITADOS	
REAL ESTATE (SELECT ALL THAT APPLY) ■ PROPIEDAD INMUEBLE (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) <input type="checkbox"/> Own ■ Propia <input type="checkbox"/> Rent ■ Alquilada	MONTHLY PAYMENT AMOUNT ■ PAGO MENSUAL CANTIDAD	OTHER REAL ASSETS (PROPERTY, COLLECTIBLES, ETC.) ■ OTROS ACTIVOS REALES (PROPIEDAD, ARTÍCULOS DE COLECCIÓN, ETC.).

MONTHLY INCOME SOURCES ■ FUENTES DE INGRESOS MENSUALES	SELF ■ AUTO	SPOUSE ■ ESPOSA	CHILDREN ■ HIJOS	TOTAL
Employment ■ Empleo				
Social Security ■ Seguro social				
Unemployment ■ Desempleo				
Pension/Retirement/Annuities ■ Pensión/jubilación/ anualidades				
ADC, GA, Food Stamps ■ Ade, ga, cupones para alimentos				
Other (rental income, child support, spousal, etc.) ■ Otro (ingresos de alquileres, manutención infantil, manutención del cónyuge, etc.)				
TOTAL GROSS INCOME ■ INGRESOS BRUTOS TOTALES				



EMPLOYER OF RESPONSIBLE PARTY ■ EMPLEADOR DE LA PARTE RESPONSABLE				
ADDRESS ■ DIRECCIÓN	CITY ■ CIUDAD	STATE ■ ESTADO	ZIP ■ CÓDIGO POSTAL	PHONE ■ TELÉFONO
POSITION ■ CARGO		MONTHLY INCOME ■ INGRESOS MENSUALES \$		START DATE ■ FECHA DE INICIO
CHECKING ■ CUENTA CORRIENTE  <input type="checkbox"/> Yes ■ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT ■ MONTO TOTAL  \$	BANK NAME ■ NOMBRE DEL BANCO		
SAVINGS ■ CUENTA DE AHORRO  <input type="checkbox"/> Yes ■ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT ■ MONTO TOTAL  \$	BANK NAME ■ NOMBRE DEL BANCO		
INVESTMENTS ■ CARGO  <input type="checkbox"/> Yes ■ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT ■ MONTO TOTAL  \$	TYPE ■ TIPO		

I CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN HEREON IS COMPLETE AND ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I UNDERSTAND THAT DELIBERATE FALSIFICATION CAN LEAD TO DENIAL OF CONSIDERATION. I HEREBY AUTHORIZE THE HOSPITAL TO MAKE ANY NECESSARY INQUIRIES TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED AND TO OBTAIN ANY ADDITIONAL INFORMATION REQUIRED BY FACILITY.

■ CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AQUÍ ESTÁ COMPLETA Y ES EXACTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. COMPRENDO QUE LA FALSIFICACIÓN INTENCIONAL PUEDE TENER COMO CONSECUENCIA LA NEGACIÓN DE CONSIDERACIÓN. POR EL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO A LA COMPAÑÍA A HACER CUALQUIER CONSULTA NECESARIA PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y A OBTENER CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE REQUIERA EL ESTABLECIMIENTO.

APPLICANT SIGNATURE ■ SOLICITANTE	DATE ■ FECHA
CO-APPLICANT SIGNATURE ■ CO-SOLICITANTE	

- RELATIONSHIP OF HOUSEHOLD MEMBERS: Birth or baptismal certificate or adoption papers for minor-age children, marriage license, divorce decree or legal separation documentation.
- SOCIAL SECURITY CARDS
- PROOF OF RESIDENCY: Current Driver's License, other documents proving residency.
- ASSETS: Bank and credit union statements for the last three (3) months, stocks, bonds, securities, time certificates.
- INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS: Checks or check stubs/employer's statement listing gross wages, self-employment business records, income award letters/grant or education benefits letter, other documents showing income.  
*Income Period \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_*
- BANK STATEMENTS FOR LAST THREE (3) MONTHS
- PREVIOUS YEAR TAX RETURN

- ■ RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: certificado de nacimiento o de bautismo, o documentación relacionada con la adopción de niños menores de edad, licencia de matrimonio, sentencia de divorcio o documentación de separación legal.
- ■ TARJETAS DEL SEGURO SOCIAL
- ■ PRUEBA DE RESIDENCIA: licencia de conducir actual, otros documentos que demuestren la residencia.
- ■ BIENES: estados de cuentas bancarias o de cooperativas de crédito de los últimos 3 meses, acciones, bonos, valores, certificados a plazo.
- ■ INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: cheques o recibos de pago/salarios brutos que figuren en la declaración del empleador, registros comerciales de empleo independiente, cartas de adjudicación de ingresos/carta de adjudicación de beneficios para subsidio o educación, otros documentos que demuestren ingresos **Período de ingresos \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_**
- ■ ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES
- ■ DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL AÑO ANTERIOR