

Wagoner Community Hospital  
Programa de Asistencia Financiera (FAP) Aplicacion  
Por favor, complete y devuelva dentro de los 14 dias de recibo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

Cuenta #: \_\_\_\_\_ Saldo de la cuenta: \_\_\_\_\_

**Numero de telefono donde se lu pueda localizar:** \_\_\_\_\_

**NECESARIAS PARA LA APLICACION DE PROCESAMIENTO:**

1. Copia de impuestos federales planilla o declaracion del ano pasado.
2. Copia de la cuenta de cheques del Banco fechado en los ultimos 30 dias.
3. Copia del recibo de sueldo mas reciente que muestra las ganancias del ano a la fecha.
4. Completado el FAP solicitud (adjunto).
5. Copia del Recibo de renta / libreta de pagos de hipoteca.
6. Copia de la declaracion de seguros de facturacion o recibo.
7. Copia de facturas de servicios publicos.
8. Copia de las facturas medicas.
9. La documentacion de los pasivos que otros.

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

1. Si eres elegible para Titulo 19 (Medicaid) ayuda? \_\_\_\_\_ (explicar)
2. Si eres eliegable para la India Agencia de Asistencia? \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

3. Fue su hospitalizacion el resultado de un accidente vehicular (MVA)? \_\_\_\_\_

Nombre/Nombre de telefono de la compania de seguros de automoviles: \_\_\_\_\_

4. Fue usted victima del delito? \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo indique los detalles en una hoja aparte)

5. Esta cubierto por Medicare? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, Medicare #: \_\_\_\_\_

6. Tiene cobertura de seguro medico? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor incluya nombre, direccion y numero de telefono de la empresa e identificacion del numero de poliza o copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro.

7. Es usted dueno de bienes raices de propiedad? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique la localidad/valor de la propiedad.

**POR FAVOR, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA SI ES NECESARIO PARA  
OBTENER INFORMACION ADICIONAL**

La informacion anterior sera revisado para determinar si usted califica para la ayuda a traves del Programa de Asistencia Financiera. De deteccion puede incluir solicitar un informe de credito para determinar la elegibilidad.

La ayuda financiera del Programa Consejero  
1200 West Cherokee  
Wagoner, Oklahoma 74467  
918-485-5514

## Programa de Asistencia Financiera (FAP) Aplicacion

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

1. Cuantos in familia? Adultos \_\_\_\_\_ los ninos \_\_\_\_\_

2. Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_ Cantidad Mensual: \_\_\_\_\_

Los salarios brutos..... \_\_\_\_\_

Trabajo por cuenta propia..... \_\_\_\_\_

Asistencia publica..... \_\_\_\_\_

La Seguridad social..... \_\_\_\_\_

El desempleo/Remuneracion de los trabajadores \_\_\_\_\_

Pension alimenticia/Manutencion de los hijos \_\_\_\_\_

Pensiones/Jubilacion..... \_\_\_\_\_

Otros..... \_\_\_\_\_

LOS INGRESOS TOTALES..... Mensuales \$ \_\_\_\_\_

Anuales \$ \_\_\_\_\_

***SI NO HAY INGRESOS, DONDE TIENE SU APOYO?***

---

3. Activos

En efectivo..... \_\_\_\_\_

Acciones/bonos..... \_\_\_\_\_

Automoviles (Marca, ano)..... \_\_\_\_\_

Casa/Propiedad..... \_\_\_\_\_

Otros activos..... \_\_\_\_\_

LOS ACTIVOS TOTALES..... \_\_\_\_\_

4. Pasivos

De prestamos bancarios..... \_\_\_\_\_

Del prestamo de coche..... \_\_\_\_\_

Cooperativas de credito..... \_\_\_\_\_

Medicos/Hospitales..... \_\_\_\_\_

Otros pasivos..... \_\_\_\_\_

LOS PASIVOS TOTALES..... \_\_\_\_\_

5. Los Gastos

Aquiler..... \_\_\_\_\_

Los alimentos..... \_\_\_\_\_

Seguros..... \_\_\_\_\_

Utilidades..... \_\_\_\_\_

Varios..... \_\_\_\_\_

EL TOTAL DEL PAGOS..... \_\_\_\_\_

---

**La Firma Responsable**

---

**Fecha**