**Columbus Regional HealthCare System**

|  |  |
| --- | --- |
| Account#  *Nº de Cuenta* |  |
| Date(s) of Service  *Fecha(s) de Servicio* |  |

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

*Aplicacion Para Asistencia De Cobertura Y Asistencia Financiera*

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient’s eligibility for financial assistance with their CHS hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

*El propósito de este formulario es proporcionar al Departamento de Asesoría Financiera la información necesaria para determinar si el paciente califica para la ayuda financiera con su(s)*

*factura(s) del hospital CHS. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient Demographics**  ***Datos Demográficos del Paciente*** | | | | | | | | |
| Patient’s Full Name  *Nombre Completo del Paciente* | | Date of Birth  *Fecha de Nacimiento* | | Social Security#  *Nº de Seguro Social* | | | Marital Status  *Estado Civil* | |
| PhysicalAddress  *Dirección de Correos* | | City, State and Zip Code  *Ciudad, Estado y Código Postal* | | | | Months/Yrs at This Address  *Meses/Años en esta dirección* | | County  *Condado* |
| If the address where you live is different from your mailing address, please complete the ‘mailing address’ information below  *Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo* | | | | | | | | |
| Mailing Address  *Dirección de Correos* | | City, State and Zip Code  *Ciudad, Estado y Código Postal* | | | | Months/Yrs at This Address  *Meses/Años en esta dirección* | | County  *Condado* |
| Home Phone#  *Nº de Teléfono del Hogar* | Mobile Phone#  *Nº de Teléfono Móvil* | | Emergency Contact Name  *Nombre de Contacto en el Caso de una Emergencia* | | | | Phone#  *Nº de Teléfono* | |
| City and State of Birth  *Ciudad y Estado de Nacimiento* | | Citizenship Status  *estatus de ciudadanía* | | | Lived in U.S. Since  *Vive en E.U. desde* | | Copies of Your Documents?  *¿Copias de sus Documentos?*  Yes *(Sí )* No *(No)* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Health Insurance Information**  ***Información de Seguro Médico*** | | | | |
| Provider - Primary Coverage  *Proveedor – Cobertura Primaria* | Policy Holder Name  *Nombre del Poseedor de la Póliza* | Policy#  *Nº Póliza* | Group#  *Nº de Grupo* | Effective Date  *Fecha de Vigencia* |
| Provider - Secondary Coverage  *Proveedor – Cobertura Secundaria* | Policy Holder Name  *Nombre del Poseedor de la Póliza* | Policy#  *Nº Póliza* | Group#  *Nº de Grupo* | Effective Date  *Fecha de Vigencia* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Please list all household members below**  ***Listar miembros de Familia que viven con usted*** | | | | | | | |
| Name  *Nombre* | | Date of Birth  *Fecha de*  *Nacimiento* | Place of Birth  *Lugar de Nacimiento* | SSN#  *Número de Seguro*  *Social* | Relation to Patient  *Relación/Parentezco al*  *Paciente* | Sex  *Género* | Race  *Raza* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Please list all household members below (continued from page 1)**  ***Listar miembros de Familia que viven con usted (continuación de pagina 1)*** | | | | | | | |
| Name  *Nombre* | | Date of Birth  *Fecha de Nacimiento* | Place of Birth  *Lugar de Nacimiento* | SSN#  *Número de*  *Seguro Social* | Relation to Patient  *Relación/Parentezco al*  *Paciente* | Sex  *Género* | Race  *Raza* |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |

If there are more than 7 members of the household, please list in the ‘notes’ section on page 6 of this form

*Si hay más de 7 miembros de la familia en su hogar, por favor enumere en la sección "notas" de la página 6 de este formulario*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Education, Employment and Military Background**  ***Educación, Empleo y Servicio Militar*** | | **Patient (mother if patient is a minor)**  ***Paciente (madre si el paciente es menor)*** | **Spouse (father if patient is a minor)**  ***Cónyuge (padre si el paciente es menor)*** |
| **Education**  ***Educación*** | Highest Grade Completed in School  *Grado más alto que haya cursado en la escuela* |  |  |
| Technical Skills  *Destrezas técnicas* |  |  |
| **Current**  **Employment**  ***Empleo Actual*** | Currently Unemployed (check box if yes)  *Actualmente desempleado (elija la caja si es sí)* | Fill-out ‘past employment’ section  *Llene la sección ‘empleo pasado’* | Fill-out ‘past employment’ section  *Llene la sección ‘empleo pasado’* |
| Company Name and Address  *Nombre y Dirección de la Compañía* |  |  |
| Job Title / Type of Work Performed  *Título del empleo / Tipo de trabajo realizado* |  |  |
| Work Phone#  *Número de Teléfono del Trabajo* |  |  |
| Boss/Supervisor’s Name  *Nombre del Jefe/Supervisor* |  |  |
| Dates of Employment  *Fechas de empleo* |  |  |
| Income and Pay Structure  *(Ingreso y Forma de Pago)* | \_hrs/wk *( hrs/semana)* $ /hr*(por hora)*  \_days/wk(*dias/semana)* $  */*day *(por dia)*  Commission (*Comisión*) $ \_/mo( *al mes)*  Annual *(Anuales)* $\_ | \_hrs/wk *( hrs/semana)* $ /hr*(por hora)*  \_days/wk(*dias/semana)* $  */*day *(por dia)*  Commission (*Comisión*) $ \_/mo( *al mes)*  Annual *(Anuales)* $\_ |
| **Past**  **Employment**  ***Empleo Pasado*** | Company Name and Address  *Nombre y Dirección de la Compañía* |  |  |
| Job Title / Type of Work Performed  *Título del empleo / Tipo de trabajo realizado* |  |  |
| Dates of Employment  *Fechas de empleo* |  |  |
| Income and Pay Structure  *(Ingreso y Forma de Pago)* | \_hrs/wk *( hrs/semana)* $ /hr*(por hora)*  \_days/wk(*dias/semana)* $  */*day *(por dia)*  Commission (*Comisión*) $ \_/mo( *al mes)*  Annual *(Anuales)* $\_ | \_hrs/wk *( hrs/semana)* $ /hr*(por hora)*  \_days/wk(*dias/semana)* $  */*day *(por dia)*  Commission (*Comisión*) $ \_/mo( *al mes)*  Annual *(Anuales)* $\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COBRA**  ***Cobertura bajo***  ***COBRA*** | Has a member of the household lost their job within the past 60 days?  *¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo en los pasados 60 días?* | | | Yes *(Sí )* No *(No)* | |
| Did he/she receive a COBRA election notice?  *¿Ha recibido él/ella una notificación de elección COBRA?* | | | Yes *(Sí )* No *(No)* | |
| Did he/she elect COBRA coverage?  *¿Seleccionó él/ella cobertura bajo COBRA?* | | | Yes *(Sí )* No *(No)* | |
| If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: premiums too expensive new coverage  *Si él/ella no seleccionó cobertura bajo COBRA, favor de seleccionar una: primas muy costosas nueva cobertura* | | | | |
| **Military**  **Service**  ***Servicio Militar*** | Branch  *Rama* | Dates Enlisted  *Fechas Enlistado/Reclutado* | Rank  *Rango* | | Serial#  *Número de Serie* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Insurance Information**  ***Información de Seguro*** | | | | | |
| **Life Insurance**  ***Seguro de Vida*** | Company  *Compañía* | Policy Holder  *Tenedor de Póliza* | Face Value  *Valor Nominal* | Policy Type  *Tipo de Póliza* | Cash Value  *Valor Efectivo* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Burial Insurance/Contract**  ***Seguro/Contrato Fúnebres*** | Company  *Compañía* | Policy Holder  *Poseedor de la Póliza* | Face Value  *Valor Nominal* | Cash Value  *Valor Efectivo* | Revocable?  *¿Revocable?* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Income** (3 month history)  ***Ingreso (historial de 3 meses)*** | **Patient (mother if patient is a minor)**  ***Paciente (madre si el paciente es menor)*** | | | **Spouse (father if patient is a minor)**  ***Cónyuge (padre si el paciente es menor)*** | | |
| Last month  *Ultimo mes* | 2 months ago  *2 meses atrás* | 3 months ago  *3 meses atrás* | Last month  *Ultimo mes* | 2 months ago  *2 meses atrás* | 3 months ago  *3 meses atrás* |
| **Wages**  ***Salarios*** |  |  |  |  |  |  |
| **Pension/Retirement**  ***Pensión/Jubilación*** |  |  |  |  |  |  |
| **Social Security Retirement**  ***Jubilación del Seguro Social*** |  |  |  |  |  |  |
| **Social Security Disability**  ***Discapacidad del Seguro Social*** |  |  |  |  |  |  |
| **Supplemental Security Income**  ***Ingreso de Seguridad Suplementario*** |  |  |  |  |  |  |
| **VA Benefits**  ***Beneficios de Veteranos*** |  |  |  |  |  |  |
| **Unemployment**  ***Desempleo*** |  |  |  |  |  |  |
| **Child Support**  ***Pensión de Menores*** |  |  |  |  |  |  |
| **Food Stamps**  ***Estampillas de Alimentos*** |  |  |  |  |  |  |
| **Other (Workfirst, etc.)**  ***Otro (Workfirst, etc.)*** |  |  |  |  |  |  |
| **Statement of Verification**  ***Verificación de Declaración*** | Do you have pay stubs/verification to confirm pay?  *¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?*  Yes *(Sí)* No *(No)* | | | Do you have pay stubs/verification to confirm pay?  *¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?*  Yes *(Sí)* No *(No)* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Expenses Payments for (name) Payment Amount Paid to (name and address)**  ***Gastos Pagos para (nombre) Cantidad del Pago Pagado a (nombre y dirección)*** | | | |
| **Child Support/Care**  ***Cuido/Pensión de Menores*** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Alimony**  ***Pensión Alimenticia*** |  |  |  |
|  |  |  |

**Statement of Support**

***Declaración de Apoyo*** I certify that I have been unemployed for the last

months years. As a result of being unemployed, I receive

food, shelter and clothes from , relationship, \_.

*Yo certifico que he estado desempleado durante los últimos meses / años. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, refugio y ropa de , relación/parentezco, .*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Property**  ***Propiedad*** | | **Address**  ***Dirección*** | **Ownership**  ***Propietario*** | | **Tax Value L**  ***Valor de Impuesto V*** | | **oan Balance**  ***alor Prestatario*** | | **Mortgage Co**  ***Co. Hipotecaria*** |
| **Primary Residence**  ***Residencia Primaria*** |  | | | own rent  *propia alquiler* | |  |  |  | |
| **Other Property**  ***Otra Propiedad*** |  | | | own rent  *propia alquiler* | |  |  |  | |
| **Other Property**  ***Otra Propiedad*** |  | | | own rent  *propia alquiler* | |  |  |  | |
| **Other Property**  ***Otra Propiedad*** |  | | | own rent  *propia alquiler* | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assets**  ***Activos*** | **Make/Model**  ***Marca/Modelo*** | | **Ownership**  ***Propiedad*** | **Tax Value**  ***Valor de Impuesto*** | **Loan Balance**  ***Saldo Crediticio*** | **Bank/Lender**  ***Banco/Prestatario*** |
| Automobiles  *Automóviles* | 1 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| 2 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| 3 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| Motorcycles  *Motocicletas* | 1 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| 2 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| Boats  *Botes* | 1 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| 2 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| Trailers/RVs  *Tractores/RVs* | 1 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| 2 |  | own rent  *propia alquiler* |  |  |  |
| If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.  *Si hay otros activos dentro de las categorías mencionadas anteriormente, por favor incluirlos en la sección de notas en la página 6 de este formulario.* | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Banking/Investments**  ***Banca/Inversiones*** | **Institution**  ***Institución*** | | **Balance**  ***Saldo*** | **Account#**  ***Número de Cuenta*** | **Account Holder(s)**  ***Poseedor(es) de Cuenta*** |
| Checking  *Cheques* | 1 |  |  |  | Patient Spouse Joint  *Paciente Cónyuge Conjunta* |
| 2 |  |  |  | Patient Spouse Joint  *Paciente Cónyuge Conjunta* |
| **Banking/Investments**  **(cont)**  ***Banca/Inversiones (cont)*** | **Institution**  ***Institución*** | | **Balance**  ***Saldo*** | **Account#**  ***Número de Cuenta*** | **Account Holder(s)**  ***Poseedor(es) de Cuenta*** |
| Savings  *Ahorros* | 1 |  |  |  | Patient Spouse Joint  *Paciente Cónyuge Conjunta* |
| 2 |  |  |  | Patient Spouse Joint  *Paciente Cónyuge Conjunta* |
| CDs  *CDs* |  | |  |  |  |
| 401K / IRA  *401K / IRA* |  | |  |  |  |
| Stocks/Bonds  *Acciones/Bonos* |  | |  |  |  |
| Other (trust fund, etc.)  *Otros (fondos fiduciarios, etc.)* |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medical Bills**  ***Facturas Médicas*** | Does the patient have old medical bills within two years?  *¿El paciente tiene cuentas médicas atrasadas dentro de un margen de dos años?* | Yes *(Sí)* No *(No)* | Total Amount  *Cantidad Total* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acknowledgement and Signatures** | | | | |
| I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize  the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.  *Por la presente certifico que la información proporcionada en esta Declaración Financiera del Paciente es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender. Por este medio autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualesquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a comunicar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.* | | | | |
| Signature:  *Firma* | Relationship to Patient:  *Relación con el Paciente* |  | Date  *Fecha* |  |
| Witness Signature:  *Firma del Testigo* | Relationship to Patient:  *Relación con el Paciente* |  | Date  *Fecha* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **For Financial Counseling Personnel**  ***Para uso del departamento de Asistencia Financiera unicamente*** | | |
| Form Completed By (name) Date | Form Completed via:  Bedside Interview Phone Interview Mail-in | |
| Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s):  COBRA Victim’s Assistance Medicaid - program(s) IHF Financial Assistance | | Assigned to Financial Counselor (name): |

Mail Completed Application to:

Columbus Regional Healthcare System

Attention: Financial Counseling

500 Jefferson St

Whiteville, NC 28472