



I. Demografía del Paciente

Nombre del Paciente: (Apellido/Last) (Nombre/First) (Segundo Nombre/Middle)

(No. De Seguro Social/SSN) (Fecha de Nacimiento/DOB)

Nombre del Garante: (Apellido/Last) (Nombre/First) (Segundo Nombre/Middle)

(No. De Seguro Social/SSN) (Fecha de Nacimiento/DOB)

Dirección: (Número y Calle/Street) (Ciudad/City) (Estado/State) (Código Postal/Zip code)

Teléfono (phone):

¿Ha usted solicitado por asistencia financiera con cualquier entidad de Novant Health, Inc (Novant Medical Group Physician Practice, Presbyterian Hospital, Thomasville Medical Center, Forsyth Medical Center, etc) en el pasado? Si (yes) No
Si sí, la fecha de la solicitud o la aprobación

For Office Use Only
Patient Type
Amount of W/O \$
S/A Results: h/h \$
Facility
Account #
Med. Rec.#

II. Información de la Casa

Table with 5 columns: Estado civil (Marque uno), Casado, Soltero, Separado, Total viviendo en la casa: (Total in Household:)

Table with 2 columns: Nombres de los dependientes (Añada otra hoja para más dependientes), Fecha de nacimiento de los dependientes (Dependent Date of Birth)

III. Empleo/Ingresos (Employment/Income)

Table with 1 column: Empleador del paciente/garante (Patient/Guarantor Employer):
Cantidad total de ingreso mensual (Gross Monthly Income Amount): \$
Fuente de ingresos (Por favor incluya una verificación o explicación de la situación corriente)
Ingresos de esposo (a) y otras fuentes de ingreso y Total de Ingreso Mensual (Other Income Source and Gross Monthly Amount): \$
Total de ingreso anual en la casa (Total Annual Gross Household Income): \$
¿Tiene usted una cuenta bancaria activa? ¿Declaró impuestos el año pasado?

IV. Verificación de seguro (Insurance Verification)

Table with 3 columns: ¿Tiene usted algún seguro medico? (Do you have any health insurance?) SI/YES NO
Nombre de la compañía del seguro medico:
¿Está usted empleado? (Are you employed?) SI/YES NO
Si usted ha estado sin empleo en los últimos 90 días, por favor suministre: (If you have become unemployed within the last 90 days, please provide)
El nombre del ultimo empleador y las fechas del empleo (name of last employer and dates of employment)
El nombre de la compañía de seguro que su empleador patrocina (Give name of your employer sponsored insurance carrier)
¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA? (Are you eligible for COBRA benefits?)

Yo certifico que la información proveída es cierta hasta yo tengo conocimiento. Yo comprendo que información fraudulenta o engañosa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para verificar la información proveída y para facturación y colecciones de acuerdo con leyes estatales y federales aplicables. Se puede requerir prueba de ingreso antes de dar cualquier consideración. Prueba aceptable de ingresos puede ser pero no está limitada a: copias de talones de cheques, copias de la declaración de impuestos del año pasado o cartas del empleador declarando el salario corriente y las horas trabajadas.

Table with 4 columns: Firma del paciente/garante (signature patient/guarantor), Fecha (date):, % Federal Poverty Level, Decision based on:
Comments/summary:
Signature of Interviewer, Date:
Signature of Manager, Date, Approved, Denied:
Signature of Director, Date, Approved, Denied:
Signature of EVP/SVP, Date, Approved, Denied:

Envie aplicacion completada a: Novant Health, ATTN: Financial Assistance, PO Box 11549, Winston Salem, NC 27116
Mail Completed Application to: Novant Health, ATTN: Financial Assistance, PO BOX 11549, Winston Salem, NC 27116