



Royal Oaks Hospital
Compass Health Network

**APLICACION Y DOCUMENTACION REQUERIDA
PARA CORROBORAR ELEGIBILIDAD PARA
ASISTENCIA FINANCIERA**

Fecha: _____

Estimado paciente/o Persona Responsable.

Para que el Hospital de Royal Oaks pueda completar su Aplicación de Elegibilidad para Asistencia Financiera, necesitamos que usted nos envíe los siguientes documentos a:

**Royal Oaks Billing Department
Attn: Melody Walker
1800 Community Drive
Clinton, MO 64735**

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame al 660-207-7269

A continuación hemos listado los siguientes ítems que necesitamos que nos envíe. Nosotros suspenderemos las cobranzas por los próximos 30 días para así darle la oportunidad de someter estos ítems. Si no recibimos la aplicación financiera completa y firmada, y la documentación apropiada dentro de los próximos 30 días, usted comenzará a recibir nuestros estados de cuenta y tendrá que pagar sus balances pendientes.

Usted debe incluir los siguientes documentos para que podamos procesar su aplicación:

- (X) Los impuestos actuales del año calendario anterior.
- (X) "CERTIFICACION DE INGRESO Y DIRECCION" (anexada).
- (X) "APLICACION DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA" Completa (anexada).

Puede que, además, se le pida incluir los siguientes documentos si es que fuera necesario, para poderle asistir en su proceso de aplicación. :

- () Carta de concesión de Seguro Social del año actual.
- () Carta de Beneficios de Compensación por Desempleo.
- () Copia de los Estados de Cuenta de su Cuenta Bancaria Corriente (últimos 3 meses).
- () Pasaporte Válido o Tarjeta de Registro Extranjero.
- () Estado de Verificación de Beneficios de VA.
- () Certificado de Estado de Cuenta de Ahorros.
- () Estados de Cuentas de Acciones y Bonos.
- () Estado de Cuenta de Fondo de Fideicomiso.

Sinceramente,

Departamento de Cobranzas del Hospital Royal Oaks

CERTIFICACION DE INGRESO Y DIRECCION

Yo, _____, resido en _____ Coondado, _____ en
_____ certifico que el ingreso de mi familia en
los últimos 12 meses ha sido de \$ _____ y hay _____ personas en mi familia.

Por favor marque cómo se calculan sus ingresos: _____
por hora ____ semanalmente ____ mensualmente

El ingreso total familiar de las últimas cuatro (4) semanas previas a la admisión fué de
\$ _____. El número de semanas que he trabajado durante los últimos doce (12) meses es
_____. La información de ingresos puede ser verificada llamando al siguiente empleador(s):

Empleador _____ Dirección _____ Teléfono # _____

Empleador _____ Dirección _____ Teléfono # _____

Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera. El Hospital de Royal
Oaks está autorizado a contactar empleadores, acreedores, seguro de invalidez, o sistema de
bienestar para confirmar la información anterior. Esto también incluye derecho a examinar
mis archivos de agencias de crédito. Es responsabilidad del Hospistal de Royal Oaks manejar
esta información en forma confidencial.

Responsable Fecha Testigo Fecha

FINANCIAL ASSISTANCE ELIGIBILITY APPLICATION

For us to assist out financially, it is important that you provide us with the following information regarding your income and assets. This questionnaire is designed to assess your needs and remains confidential. If you have any questions with this form, please contact our Patient Accounts Office.

Patient Name: _____ Date: _____
 Responsibly Party Name: _____ SSN/Account#: _____

PLEASE ANSWER ALL THE FOLLOWING QUESTIONS

1. What is the total number of members in your family? _____ Please list all members of your family below.

Name:	Relationship:	Date Of Birth:	SSN#
Patient:	Self		
Spouse:			
Other:			
Other:			
Other:			
Other:			
Other			

2. Is anyone in the family currently employed or has been employed in the last 12 months? Y/N ___

Current Employers	Gross Income	Net Income	Dates Employed
Patient:			
Spouse:			
Other:			
Other			

3. Have you ever applied for social security? Yes _____ No _____ If yes, date when? _____
 What was the outcome? _____

4. Does any family member receive any other income listed below?

Type of Income	Circle One	Monthly Amount
Social Security	Yes or No	\$ _____
Veteran's Benefits	Yes or No	\$ _____
Supplemental Social Security	Yes or No	\$ _____
Railroad Benefits	Yes or No	\$ _____
Self Employment Income	Yes or No	\$ _____
Retirement/Pension Benefits	Yes or No	\$ _____
Child Support or Alimony	Yes or No	\$ _____
Unemployment Compensation	Yes or No	\$ _____
Income from Rent	Yes or No	\$ _____
Dividends, Interests/Royalties	Yes or No	\$ _____
Public Assistance Payments	Yes or No	\$ _____
Military Family Allotments	Yes or No	\$ _____
Income from Estates and Trusts	Yes or No	\$ _____
Regular Insurance or Annuity	Yes or No	\$ _____
Support from Relatives/Friends	Yes or No	\$ _____
Crops or Other Farm Income	Yes or No	\$ _____
Worker's Compensation	Yes or No	\$ _____
Income from Crypto Currency	Yes or No	\$ _____

5. If you have no source of income, who is supporting you? _____

How do you pay your bills? _____

6. Does any household family member have any assets listed below;

Assets	Circle One	Value
Cash	Yes or No	\$ _____
Credit Card Available Balance(s)	Yes or No	\$ _____
Source of Available Credit	Yes or No	\$ _____
Savings Accounts	Yes or No	\$ _____
Checking Accounts	Yes or No	\$ _____
Life Insurance	Yes or No	\$ _____
Stocks or Bonds	Yes or No	\$ _____
Equity in Real Estate	Yes or No	\$ _____
Savings Certificate	Yes or No	\$ _____
Trust Fund	Yes or No	\$ _____
Retirement Accounts	Yes or No	\$ _____
Money held by Another	Yes or No	\$ _____

I understand that my case record is confidential, and no information will be released from it unless properly authorized by me.

I, certify that I have or had read to me all the statements of this form and that the information given is true and complete to the best of my knowledge. I understand that if I have deliberately given any false information or have withheld any on information regarding any situation, I am subject to possible prosecution for fraud. By signing this application, I am authorizing the release of any information needed to determine my eligibility, not to exclude address verification, a credit check through national credit bureau, an asset check through County Tax Assessor, and verification of all benefits listed.

Patient Signature Date

Signature of Responsible/Authorized Person/Title or Relationship Date

Address of Responsible Person or Authorized Person

Witness Signature Date

Hospital Representative Signature Date