

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE	INFORMACIÓN de persona responsable (si no paciente):
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Número de seguro social:	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Empleador:	Empleador:

¿Cuál es el número del paciente NARMC cuenta? V000 _____

¿Paciente ha aplicado para Medicaid? sí no si es así, la fecha de solicitud: _____

¿Cuántos miembros se encuentran en *hogares*?
(Hogar incluye a todas las personas que viven juntas, relacionados o no)

¿Algún miembro de la <i>familia</i> tiene cualquiera de los siguientes elementos?	Valor	¿Cuánto es todavía debía sobre este tema?
Barco		
Vehículos recreacionales		
4-Wheeler/motocicleta		
Segundo coche		
Bienes raíces (excepto donde la residencia se encuentra)		

¿Tiene algún miembro de la <i>familia</i> :		
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$
Cuenta de jubilación individual	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$
Cuenta de retiro 401 k	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$
Acciones/bonos	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$
Fondo Fiduciario	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$
Otras inversiones	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	En caso afirmativo, corriente del balance: \$

¿Algún miembro de la *familia* tiene otros gastos médicos que no han sido pagadas? NO incluyen las cuentas NARMC.

Proveedor (por ejemplo, nombre del médico o de otro hospital)	Monto adeudado:
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$

¿Cuál es el costo total de los miembros de la familia para medicamentos *recetados* cada mes (monto no cubierto por el seguro) \$

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS TRES PÁGINAS DE APLICACIÓN. Si la familia no tiene ningún ingreso, por favor complete la declaración notariada (formulario adjunto) que acredite a cuánto tiempo llevas sin ingresos.

Nombre del miembro de su hogar:	Edad:	¿Recibe esta persona:	¿Cuál es la aportación neta al mes de esta persona?	Fuente de ingresos (marque todas las que apliquen)	
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Oros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros
		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AR-Kids <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Recetas gratis <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Ganado/agricultura <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otros

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE SUBSIDIO NORTH ARKANSAS REGIONAL MEDICAL CENTER Y DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

¿Cuánto cuesta el hogar a pagar alimentos cada mes?	\$
¿Cuánto cuesta el hogar pagan por cada mes de vivienda?	\$
¿Cuánto cuesta el salario doméstico de electricidad cada mes?	\$
¿Cuánto cuesta el salario familiar para gas propano cada mes?	\$
¿Cuánto cuesta el hogar agua/aguas residuales/saneamiento a pagar cada mes?	\$

Si la familia no paga alimentos, vivienda o servicios públicos, por favor, solicite a la persona que paga estos costos completa la declaración notariada (formulario adjunto).

¿Se ha unido la siguiente información?

Copia de la última forma de impuesto sobre la renta Federal presentó	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no, si no, ¿por qué no?
Copia de <u>uno</u> de las siguientes opciones: Declaraciones de ingresos (talones de pago) Una declaración notariada del empleador con respecto a la cantidad de ingresos durante los últimos 3 meses Una declaración notariada que han estado sin ingresos y por cuánto tiempo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no, si no, ¿por qué no?
Copia de todas las declaraciones del Banco durante los últimos tres meses para todos los titulares de cuentas en el hogar	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no, si no, ¿por qué no?
Copia de declaración notariada de la persona que paga vivienda, utilidad, o alimentos los costos <u>si no paga por hogar</u>	hogar <input type="checkbox"/> paga estos costes <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no, si no, ¿por qué no?

Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que una nueva aplicación debe presentarse cada 90 días o por requerimiento. Entiendo que la información que presento para la verificación por North Arkansas Regional Medical Center (NARMC) está sujeto a revisión por las agencias reguladoras federales o estatales y otros según sea necesario. Entiendo que NARMC puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción puede ser apropiada en cualquier momento.

Firma del paciente o responsable fecha partida