

Floyd Valley Hospital dba/Floyd Valley Healthcare
Financial Assistance Application &
Patient Financial Information
(Hospital Floyd Valley
Aplicación para Asistencia e
Información Financiera del Paciente)

This form is to provide information to assist you in satisfying your financial obligation to Floyd Valley Healthcare.
(Esta forma es para obtener información para asistir en satisfacer su obligación financiero con el Hospital Floyd Valley.)

Applicant Name _____
(Nombre del Solicitante)

Marital Status: S M D W Sep Other
(Estado Civil) S C D V Sep Otro

Current Address _____
(Domicilio actual)

Spouse or Significant Other Name _____
(Nombre de su pareja o cónyuge)

City _____ State _____ Zip _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Spouse Social Security # _____
(# de Seguro Social de su Cónyuge)

Home Telephone _____
(Número de Teléfono)

Spouse Birth Date _____
(Fecha de Nacimiento de su Cónyuge)

Renting _____ Buying _____ Years lived at _____
(Renta) (Compra) (Años vivido allí)

Spouse Phone # _____
(# de Teléfono de su Cónyuge)

Applicant Social Security # _____
(# de Seguro Social del Solicitante)

Applicant Birth Date _____
(Fecha de Nacimiento del Solicitante)

Please list dependents: (attach separate sheet if necessary)
(Por favor lista sus dependes: agregue una hoja si es necesario)

Table with 3 columns: Name, Age, Relationship. Includes header and three rows of blank lines for data entry.

Table with 3 columns: Name, Age, Relationship. Includes header and three rows of blank lines for data entry.

Applicant Employer _____
(Empleador del Solicitante)

Spouse or Sig. Other Employer _____
(Empleador de su Cónyuge o Pareja)

Position _____ Years Employed _____
(Posición) (Años Empleado)

Position _____ Years Employed _____
(Posición) (Años Empleado)

Have you applied for or do you have Medicaid coverage? Yes _____ No _____ If not, why? _____
(Ha aplicado o tiene cobertura de Medicaid? Si _____ No _____ si no, ¿porqué? _____)

Are you currently a student? Yes _____ No _____
(¿Actualmente es un estudiante?) (Si) (No)

If you are under the age of 26 does your parent's employer offer healthcare coverage for you?
(¿Si su edad es menor de 26 años, el empleador de sus padres ofrece cobertura médica para usted?)
Yes _____ No _____
(Si) (No)

Applicants should apply for Medicaid and any other potential financial assistance programs before completing this application for Financial Assistance. If you have any questions regarding financial assistance or information required on this application, please contact the Business Office at Floyd Valley Healthcare or Floyd Valley Clinics. You may contact the Business Services Manager at 712-546-3343.

(Los Solicitantes deben de aplicar para el Medicaid y cualquier otro programa de asistencia financiera potencial antes de completar esta aplicación para Asistencia Financiera. Si usted tiene alguna pregunta en relación a la asistencia financiera o información requerida en esta aplicación, por favor contacte a la Oficina de Negocios en el Hospital Floyd Valley o la Clínica de Floyd Valley. Puede contactar a la Gerente de la Oficina de Negocios al 712-546-3343.)

Please return with most recent copies of your W-2, tax return, pay stubs and bank statements.
(Por favor entregue copias de sus W-2, declaración de impuestos, talones de cheques, y estados de cuantas bancarias más recientes)



| Monthly Household Income (Ingresos mensuales) | Applicant (Solicitante) | Spouse/Other Household Members (Cónyuge/Otros miembros del hogar) | Monthly Household Expenses (Gastos Mensuales) | Applicant/Spouse/ Other Household Members (Solicitante/Cónyuge/ Otros miembros del hogar) |
|---|--|--|---|--|
| Employment (Gross/Net Pay) (Empleo: Bruto/Neto) | \$ _____ | \$ _____ | Rent/Mortgage (Renta/Hipoteca) | \$ _____ |
| Social Security/Disability Retirement/Veteran Pension (all sources) (Seguro Social/discapacidad/pensión/pensió n veterano: todas Fuentes) | \$ _____ | \$ _____ | Food (Comida) | \$ _____ |
| Unemployment Comp. (Compensación de desempleo) | \$ _____ | \$ _____ | Car Payments (Pagos automovilísticos) | \$ _____ |
| ADC/WIC/Food Stamps (WIC/Estampias) | \$ _____ | \$ _____ | Child Care (Cuidado infantil) | \$ _____ |
| Alimony/Child Support (Pensión Alimenticia/Manutención de hijos) | \$ _____ | \$ _____ | Transportation/car expense (Gastos de transportación) | \$ _____ |
| Investment/Interest Income (Ingresos de Interés/Inversiones) | \$ _____ | \$ _____ | Medical/Dental* (Medico/Dental*) | \$ _____ |
| Other (List _____) (Otro: Lista _____) | \$ _____ | \$ _____ | Insurance (car, medical, etc.) (Seguro: auto, medico, etc.) | \$ _____ |
| Total Monthly Income (Total de Ingresos Mensuales) | \$ _____ | \$ _____ | Credit Card (_____) (Tarjetas de Crédito) | \$ _____ |
| Net Monthly Income (Ingresos Mensuales Neto) | \$ _____ | \$ _____ | Collection Agencies (Agencias de Colecciones) | \$ _____ |
| Total Income last 12 months (Total de Ingresos los últimos 12 meses) | \$ _____ | \$ _____ | Clothing (Ropa) | \$ _____ |
| Copy of Tax Return and last 2 months pay stubs are required. (Copia de la declaración de impuestos y últimos 12 meses de cheques es requerido) | | | Other (List _____) (Otro: Lista _____) | \$ _____ |
| | | | Total Monthly Expenses (Total de Gastos Mensuales) | \$ _____ |
| ASSETS (Current market value) (Activos: Valor actual del Mercado) | | | LIABILITIES (Pasivos) | |
| Cash on hand/Bank/Savings (Efectivo en la mano/banco/ahorros) | | \$ _____ | Medical Bill* _____ (Facturas Medicas*) | \$ _____ |
| Investments/CD's (Market value) (Inversiones/CD's: Valor de Mercado) | | \$ _____ | Medical Bill * _____ (Facturas Medicas*) | \$ _____ |
| Loan/Cash value of Life Insurance (Prestamos/Valor en efectivo de seguro de vida) | | \$ _____ | Medical Bill * _____ (Facturas Medicas*) | \$ _____ |
| Residence: sq. ft. total _____ (Pies Cuadrados de residencia total) | | | Credit Card(s) (Tarjetas de Crédito) | \$ _____ |
| Purchase Price (Precio de Compra) | \$ _____ | | Loan on furniture & Appliances (Prestamos en Muebles y electrodomésticos) | \$ _____ |
| Estimated Value Now (Valor Estimado de ahora) | | \$ _____ | Home Loan (current balance) (Préstamo de casa) | \$ _____ |
| Primary Vehicle: Year/Model _____ (Vehículo Principal: Año/Modelo) | | \$ _____ | Vehicle Loan (current balance) (Préstamo de Auto: Bal.Actual) | \$ _____ |
| Other Vehicle: Year/Model _____ (Otro Vehículo: Año/Modelo) | | \$ _____ | Real Estate Loan (current balance) (Hipoteca: Balance Actual) | \$ _____ |
| Farm Real Estate: # of acres _____ (Propiedad de Rancho: # de acres) | | \$ _____ | Amount owed on farm equip. (Cantidad que debe en equipo de Rancho) | \$ _____ |
| Farm Equipment (Equipo de Rancho) | | \$ _____ | Amount owed on livestock (Cantidad que debe en Ganado) | \$ _____ |
| Livestock (Ganado) | | \$ _____ | Loan on Rental Property (Préstamo en Propiedad de Renta) | \$ _____ |
| Rental Property (Propiedad de Renta) | | \$ _____ | Loan on Business (Préstamo en Negocio) | \$ _____ |
| Business (Negocios) | | \$ _____ | Amount owed on other (Cantidad que debe en otro) | \$ _____ |
| Other _____ (Otro) | | \$ _____ | Amt owed to Collection Agency (Cantidad que debe a Colecciones) | \$ _____ |
| | Total Assets (Total de Activos) | \$ _____ | Total Liabilities (Total Pasivos) | \$ _____ |

- * Out-of Pocket Expense or Liability only (net of any insurance, discounts, third party liability, or any other potential claim)
- * Gastos fuera del bolsillo o responsabilidades (pasivos) solamente (neto de cualquier seguro, descuentos, responsabilidad civil a terceros o cualquier otro reclamo potencial.)

Were you offered health insurance from your employer? Yes No
 (¿Su empleador le ofreció seguro médico?) (Si) (No)

Were you denied health insurance by your employer? Yes No
 (¿Su Empleador le ha negado seguro médico?) (Si) (No)

Are you eligible for COBRA benefits? Yes No
 (Es elegible para beneficios de COBRA) (Si) (No)

I hereby acknowledge that the information given to Floyd Valley Healthcare is true and correct. I authorize Floyd Valley Healthcare to verify any of the information given by me. I will provide documentation of this information upon request.
 (Yo aquí reconozco que la información que le he dado al Hospital Floyd Valley es verdadera y correcta. Yo autorizo al Hospital Floyd Valley a que verifique cualquier información obtenida por mí. Yo proveeré documentación de la información a petición.)

Signed _____ Date _____
 (Firmado) (Fecha)

Signed _____ Date _____
 (Firmado) (Fecha)

INTERNAL USE ONLY – (Para el Uso Interno Solamente)

Approved _____ Date _____ Denied _____ Date _____

Signature: _____