



Application for Financial Assistance
Solicitud de ayuda financiera del hospital

Patient Name / Nombre:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:
Address / Calle/Dirección:	City, State, Zip: Ciudad, estado, pueblo, código postal:
Social Security #: Número de seguro social:	Phone (home) / Número de teléfono:

Have you applied for Medicaid: Yes / No If no, why not / Si no, porque? _____
 Ha aplicado para Medicaid: Si / No _____

Please list ALL Ellenville Regional Hospital account numbers(s) to be reviewed in the boxes below:
Por favor listar todas las cuentas del hospital que deben ser revisados para asistencia en los cuadros a continuación:

--	--	--	--

Please list ALL Members in your household below / Por favor anote todos los miembros de su familia:

Name / Nombre:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:	Relationship / Parentesco
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Please list ALL household income below / Por favor enumere todos los ingresos familiares:

Patient Income / Ingreso del paciente:	Spouse Income / Ingreso del cónyuge:	Other Family Member's Income / Ingreso de otros miembros de la familia:
Social Security / Seguro Social:	Pensions / Pensiones:	Child Support / Manutención de los hijos:
Alimony / Pensión alimenticia:	Unemployment / Desempleo	Other / Otros:

I hereby certify that the information in this application is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that ALL information provided on this application is subject to verification by the Hospital. If any information I have given proves to be false, it may result in the denial of Financial Assistance I will be responsible to pay for services rendered. ERH will then require FULL AND IMMEDIATE repayment of this debt. I also give permission to Ellenville Regional Hospital to disclose ALL information provided to any Federal or State agency responsible for determining program compliance.

Por la presente certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que toda la información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por el Hospital. Si cualquier información que he dado resulta ser falsa, que puede dar lugar a la denegación de asistencia financiera y que será responsable de pagar por los servicios prestados. Ellenville Regional Hospital entonces exigirá el reembolso total e inmediato de esta deuda. También autorizo a Ellenville Regional Hospital a revelar toda la información proporcionada a cualquier agencia federal o estatal responsable de determinar el cumplimiento del programa.

Date of Request / Fecha de solicitud _____ **Applicant's Signature / Firma del solicitante** _____