

Hospital de la Comunidad de Osceola  
600 9th Avenue North , PO Box 258  
Sibley , IA 51249

**Solicitud de Cuidado de Caridad**

Teléfono: 712-754-2574

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguridad social \_\_\_\_\_  
(Paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguridad social: \_\_\_\_\_  
(Garante / Responsable)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_  
(Garante / Responsable)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de niños dependientes: \_\_\_\_\_

**Ingreso mensual**

Pacientes empleador: \_\_\_\_\_ Cónyuge / empleador Padres: \_\_\_\_\_  
Trabajadores por cuenta propia \_\_\_\_\_ Trabajadores por cuenta propia \_\_\_\_\_  
1040 + ingreso neto de la Lista C - Depreciación \_\_\_\_\_ 1040 + ingreso neto de la Lista C - Depreciación \_\_\_\_\_  
Los agricultores: 1040 + net Lista F - Depreciación \_\_\_\_\_ Los agricultores: 1040 + net Lista F - Depreciación - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Los salarios brutos \$ \_\_\_\_\_  
Desempleados \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo ? \_\_\_\_\_  
Número de seguridad social \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
El desempleo Comp. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Compensación al Trabajador. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Manutención de los hijos / pensión \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia Pública / Vivienda / Cupones de Alimentos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Subsidios \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Pensión \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Ingresos de alquiler \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Ingreso de inversión \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_  
Otra entrada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_

**TOTAL \$** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Los salarios brutos \$ \_\_\_\_\_  
Desempleados \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo ? \_\_\_\_\_  
Número de seguridad social \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
El desempleo Comp. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Compensación al Trabajador. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Manutención de los hijos / pensión \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia Pública / Vivienda / Cupones de Alimentos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Subsidios \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Pensión \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Ingresos de alquiler \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Ingreso de inversión \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_  
Otra entrada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_

**TOTAL \$** \_\_\_\_\_

**ASSETS**

Ahorros \$ \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Comprobación \$ \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Otros activos: \_\_\_\_\_

Dinero en mano \$ \_\_\_\_\_

Acciones o bonos \$ \_\_\_\_\_

Mercado de dinero o CD \$ \_\_\_\_\_

IRA o 401Ks \_\_\_\_\_

Residencia primaria \$ \_\_\_\_\_

Propiedad (Land, Secundaria Residencia) \$ \_\_\_\_\_

DEUDAS / gastos

Otros gastos (incluyendo Médica) :

Pasivo	Mensual	Mensual
Debido _____ A quien _____	pago _____	Debido _____ A quien _____
	Equilibrar _____	pago _____
		Equilibrar _____
Hipoteca / Renta _____		
Bienes raíces _____		
Propiedades _____		
Préstamo bancario _____		
Auto préstamo _____		
Tarjetas de crédito: _____		

Los siguientes documentos deben ser proporcionados para el paciente y garante.

La información anterior se mantendrá confidencial y sólo será utilizada en la determinación de la elegibilidad de descuento. El que suscribe certifica que la información ha sido leído cuidadosamente y es verdadera y correcta al mejor conocimiento de los suscritos.

Firma \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Sólo para uso de oficina

Aprobado

Denegado

Cuenta paciente #: \_\_\_\_\_ Saldo de la cuenta: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad de Descuento: % \_\_\_\_\_