

**RMC**  
**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**  
**FINANCIAL ASSESSMENT DETERMINATION**

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE			
Patient Name/Nombre del Paciente	Account Balance/Balancia de Cuenta	Patient Number/Numero del Paciente	Date of Birth/Fetch del Nacimiento
Admission Date?Fecha de Entrada	Discharge Date/Fecha de Despedida	Social Security #/Num de Seguro Social	Marital Status/Estado Civil
Home Address/Direccion de Residencia			
City/Ciudad		State/Estado	Zip Code/Codigo Post
Employer Name/Nombre		Occupation/Ocupacion	Telephone/Telefono

GUARANTOR INFORMATION/PERSONA RESPONSABLE		
Name/Nombre	Social Security #/Num de Seguro Social	Age/Edad
Relationship to Application/Relacion con el Paciente	Address/Direccion	Telephone/Telefono
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Codigo Post
Employer Name/Nombre	Occupation/Ocupacion	Telephone/Telefono
Employer Address/Direccion		
City/Ciudad	State/Estado	Zip

FINANCIAL INFORMATION/INFORMACION FINANCIAL			
Total Monthly Income:	# of Dependents:	Residence: <input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own	Car (Model/Year):
Ingresos Mensuales:	Cuantos Dependientes:	Casa: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia	Car (Modelo/Año):
<b>OTHER INCOME/OTROS INGRESOS</b>		<b>RESPONSIBLE PARTY/PARTE RESPONSABLE</b>	<b>SPOUSE/CONYUGE</b>
Social Security #/Num de Seguro Social			
Pension/Pension			
Unemployment/Desempleo			
Worker's Compensation/Compensacion de trabajadores			
VA Benefits/Beneficios de VA			
Rental Income/Ingresos de alquiler			
Stocks, Bonds, 401K/Acciones, Bonos, 401K			
Dividend/Interest/Dividendo/Interes			
Child Support/Pension alimenticia			
Alimony/Pension alimenticia			
Other/Otros			

RESOURCES/RECURSOS			
Name of Bank/Nombre del Banco	Checking Account/Cuenta de Cheques	Savings Account/Cuentas de Ahoros	
	\$	\$	
MONTHLY EXPENSES/GASTOS MENSUALES			
Rent/Mortgage/Payment Payment/Renta o Pago Hipotecario	Water bill/Pago de Agua	Gas Bill/Pago de Gas	Phone Bill/Cuenta de Telefono
\$	\$	\$	\$
Electric Bill/Pago de Electricidad	Car Payment/Pago de Carro	Insurance Premium/Pago de Prima	Other Bills/Otro Gastos
\$	\$	\$	\$

HOUSEHOLD COMPOSITION/INFORMACION DE LA CASA			
Name/Nombre	Relationship/Relacion con el Paciente	Date of Birth/Feche de Nacimiento	Social Security #/Num de Seguro Social

If unable to provide the requested documents, please explain below/Por favor de dar una explicacion si no es posible proveer los documentos:

**COMMENTS/COMETARIOS :**


AFFIDAVIT/DECLARACION JURADA	
<p>I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.</p> <p>I agree to tell the provider of service within ten (10) days if there are any changes in my (or the person on whose behalf I am acting) income, property, expenses or in the persons household or any change of address.</p> <p>I understand that I may be asked to prove my statements and my eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank credit verification and property searches.</p> <p>I understand the county is required by law to keep any information I provide confidential.</p> <p>I further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the county from the proceeds of litigation or settlement resulting from such an act.</p>	<p>Delcero bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas al mayor de mi conocimiento.</p> <p>Acuerdo decirle al abastecedor del servicio en el plazo de diez dias si hay algunos cambios en mi (o personas en elfavor que yo este actuando) renta, propiedad, gastos o en las casa de las personas o cualquier cambio de direccion.</p> <p>Entiendo que puedo ser pedido probar mis declaraciones de la elegibilidad estaran conforme a la verificacion al lado de contacto con mi patron, verification del credito de banco y busquedas de propiedad.</p> <p>Entiendo que el condado es requerido por ley de proteger cualquier informacion que yo proporcione confidencial.</p> <p>Tambien convengo, en la consideracion de recibir servios del cuidado medico como resultado de un accidente o lesion, de tener que reembolsarle al condado de los ingresos de la demanda o cualquier resultado de tal acto.</p>

Signature/Firma \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_

For Hospital Use Only/Usolamente Para el Hospital	
Facility:	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Denied
COMMENTS:	
Signature Approval _____	Date _____