

GRNTOR #: _____

HOSP CODE: _____

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 No/Num de Seguro Social	Marital Status/Estado Civil
Home Address/Direccion De Residencia			
City/Ciudad		State/Estado	Zip
Name of Medical Provider/Nombre Del Proveedor De Sercisios Medicos		Beginning Coverage Date/Fecha del Comienzo	
Name of Doctor/Nombre Del Medico			
Employer Name/Nombre		Occupation/Ocupacion	Telephone/Telefono

GUARANTOR INFORMATION/PERSONA RESPONSABLE

Name/Nombre	Social Security No/Num de Seguro Social	Age/Edad
Realationship to Applicant Relacion con el Paciente	Address/Direccion	Telephone/Telefono
City/Ciudad	State/Estado	Zip
Employer/Empleador	Employer Phone/Number De Empleador	Occupation/Ocupacion
Address/Direccion		
City/Ciudad	State/Estado	ZIP:

FINANCIAL INFORMATION/INFORMACION FINANCIAL

Total Monthly Income/Ingresos Mensuales	No. of Dependents Cuantos Dependientes	Residence(Own/Rent) Casa Propia o Renta	Car (Model/Year)/Carro (Modelo/Año)
---	---	--	-------------------------------------

RESOURCES/RECURSOS

Name of Bank/Nombre del Banco	Checking Account/Cuenta de Cheques	Savings Account/Cuentas de Ahorros
	\$	\$

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/Fecha de Nacimiento	Social Security No. Num de Seguro Social

If unable to provide requested documents, please explain below/

Por favor de dar una explicacion si no es posible proveer los documentos.

COMMENTS/COMETARIOS:

AFFIDAVIT/DECLARACION JURADA

I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.

I agree to tell the provider of service within ten (10) days if there are any changes in my (or the persons on whose behalf I am acting) income, property, expenses or in the persons household or any change of address.

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.

I understand the county is required by law to keep any information I provide confidential.

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.

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas al mejor de mi conocimiento.

Acuerdo decirle al abastecedor del servicio en el plazo de diez dias si hay algunos cambios en mi (o personas en el favor que yo este actuando) renta, propiedad, gastos o en la casa de las personas o cualquier cambio de direccion.

Entiendo que puedo ser pedido probar mis declaraciones de la elegibilidad estaran conforme a la verificacion al lado de contacto con mi patron, verificacion del credito de banco y busquedas de propiedad.

Entiendo que el condado es requerido por ley de proteger cualquier informacion que yo proporcione confidencial.

Tambien convengo, en la consideracion de recibir servicios 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.

Signature/Firma

Date/Fecha

For Hospital Use Only/Usó Solamente Para el Hospital

Facility/Facilidad: _____

Accepted/Aceptar: _____

Denied/Negacion: _____

COMMENTS/COMETARIOS:
