



COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL

Patient Accounts Department ■ 4600 38TH St. ■ Columbus, NE 68601 ■ (402) 562-3159
Departamento de Cuentas del Paciente ■ 4600 38TH St. ■ Columbus, NE 68601 ■ (402) 562-3159

FINANCIAL ASSISTANCE/CHARITY APPLICATION FORM

ASISTENCIA FINANCIERA/FORMULARIO DE SOLICITUD DE CARIDAD

Date Given _____ By _____

30-DAY DUE DATE _____

Date Returned _____

Fecha de entrega _____ Por _____

ENTREGARLA ANTES DEL _____

Regresada el _____

- **Complete all lines and boxes** on application. If a line/box does not apply to you, put N/A or 0 for dollar amounts. **Incomplete applications will be returned.** All documents **MUST** be signed, including tax return.
- The following **proof of income documents** are required at the time of application for the household:
 - **Federal Tax Return** including W2(s)
 - **Payroll stubs** for last 2 months
 - **Bank statements** for last 2 months and any other income verification
- An **"Eligibility Determination Letter"** from Department of Social Services (Medicaid). Call 402-562-8962 – East Central District Health Department for an appointment with Outreach & Enrollment or apply on line accessnebraska.ne.gov enter English or Spanish, answer questions & apply, then print if denied. Access NE 1-855-632-7633

- **Llene todas las líneas y casillas** en la aplicación. Si en una línea/casilla hay cosas que no tienen que ver con usted, escriba N/A o escriba un 0 para indicar cantidades de dólares. Las aplicaciones **Incompletas** serán devueltas. Todos los documentos **DEBEN** de ser firmados, incluyendo la Declaración de Impuestos.
- Los siguientes **documentos que comprueben su ingreso** son necesarios al momento de entregar la aplicación.
 - **Declaración de Impuestos Federales** incluyendo el formulario W2(s)
 - **Comprobantes de pago** de los últimos 2 meses
 - **Estados de cuenta bancarios** de los últimos 2 meses y, u otra verificación de ingresos
- Una **"Carta de Determinación de Elegibilidad"** Del Departamento de Servicios Sociales (Medicaid). Llame al 402-562-8962 – East Central District Health Department para una cita con el departamento de Alcance e Inscripción o aplique en línea accessnebraska.ne.gov presione Inglés o Español, conteste las preguntas y aplique, luego imprímalo si la aplicación es negada. Access NE 1-855-632-7633

Patient _____

Paciente _____

Guarantor Name _____ Age _____ Date of Birth _____ SS # _____

Nombre de la persona Responsable _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ # de SS _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Business Phone _____

Teléfono de la casa _____ Celular _____ Teléfono de Negocios _____

Present Address _____

Street City State Zip

Dirección actual _____

Calle Ciudad Estado Código

Own Buying Renting Total Number Residing in Household _____

Dueño Comprando Rentando Número de Personas que Viven en el Hogar _____

Marital Status __Single __Married __Separated __Divorced __Widow __ Other Living Arrangements _____

Estado Civil __Soltero __ Casado __ Separado __ Divorciado __ Viudo __ Otros Arreglos de Vivienda _____

Current Employer _____
Name Address City/State/Zip Telephone No

Empleador Actual _____
Nombre Dirección Ciudad /Estado /Código No. De
Teléfono

Position/Title _____ Length of Employment _____

Posición/Título _____ ¿Tiempo Empleado? _____

Previous Employer(s) within the last year _____

Empleador (res) Previos en el último año _____

Spouse _____ Date of Birth _____ SS # _____

Esposo (a) _____ Fecha de Nacimiento _____ # de SS _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Business Phone _____

De Teléfono de la Casa _____ # de Celular _____ # de Teléfono del Negocio _____

Employer _____
Name Address City/State/Zip Telephone No.

Empleador _____
Nombre Dirección Ciudad/Estado/Código No. De Teléfono

Position/Title _____ Length of Employment _____

Posición/Título _____ ¿Tiempo Empleado? _____

Previous Employer(s) within the last year _____

Empleador (res) Previos en el último año _____

Other Persons in Household

Name	Age	Relationship	Social Security #	Employer (if applicable)
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

Otras Personas en el Hogar

Nombre	Edad	Relación	# de Seguro Social	Empleador (si es aplicable)
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

Health Insurance Coverage

Is Health Insurance Coverage available to you through your employer or any other source? Yes___ No___

Do you Participate: Yes___ No___ Effective Date _____ *If Yes, please provide the following:

Name of Insurance Company _____

Address _____

Subscriber and Policy Number _____

*If No, why did you choose not to participate _____

*Why did you choose not to join Marketplace _____

*Do you have any other payer sources for these accounts? (i.e., AFLAC, Hartford, Liability) _____

Cobertura de Seguro de Salud

¿Tiene a su disposición Cobertura de Seguro de Salud a través de su empleador o cualquier otra fuente? Si___ No___

Participante: Si___ No___ Fecha de Vigencia _____ *Si es si, por favor provea lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguro de Salud _____

Dirección _____

Suscriptor y el Número de Póliza _____

*Si es No, ¿por qué eligió el no participar? _____

*¿Por qué eligió el no participar en Marketplace? _____

*¿Tiene otros medios para pagar estas cuentas? (Ejemplo, AFLAC, Hartford, Seguro de Responsabilidad legal) _____

Monthly Income

Guarantor

Co-applicant

Total

Ingreso Mensual

Garante

Co-solicitante

Total

Gross Earnings _____

Ingreso antes de Impuestos _____

Social Security _____

Seguro Social _____

Farm/Self Employed _____

Granja/Trabaja por su Cuenta _____

Pensions/IRAs/401K _____

Pensiones/IRAs/401K _____

Workers Compensation _____

Compensación al Trabajador _____

Rental Income	_____	_____	_____
<i>Ingreso de Alguna Renta</i>	_____	_____	_____
Disability/SSI	_____	_____	_____
<i>Discapacidad/SSI</i>	_____	_____	_____
Military Income	_____	_____	_____
<i>Militar</i>	_____	_____	_____
Child Support	_____	_____	_____
<i>Ayuda de niños (Pensión Infantil)</i>	_____	_____	_____
Alimony	_____	_____	_____
<i>Pensión Alimenticia Matrimonial</i>	_____	_____	_____
Unemployment	_____	_____	_____
<i>Desempleo</i>	_____	_____	_____
Food stamps	_____	_____	_____
<i>Estampillas de Comida</i>	_____	_____	_____
Subsidized Housing	_____	_____	_____
<i>Viviendas Subvencionadas</i>	_____	_____	_____
ADC (Aid to Dependent Children)	_____	_____	_____
<i>ADC (Ayuda de niños Dependientes)</i>	_____	_____	_____

Assets

Balance

Bienes

Balance

Checking Accounts	_____	Name of Financial Institutions	_____
	_____		_____
<i>Cuentas de Cheque</i>	_____	<i>Nombre de la Institución Financiera</i>	_____
	_____		_____
Saving Accounts	_____	Name of Financial Institutions	_____
	_____		_____
<i>Cuentas de Ahorro</i>	_____	<i>Nombre de la Institución Financiera</i>	_____
	_____		_____

Net worth of Farm or Business (Attach Business Tax Form) _____

Valor neto de la Granja o Negocio (Adjunte el Formulario de Impuestos del Negocio) _____

Automobiles (Make and Year) _____

Automóviles (Marca y Año) _____

Other assets (boats, motorcycles, campers) Year/Blue Book/Retail _____

Otros bienes (botes, motocicletas, campers) Año/Precio de Blue Book y Precio al Por Menor _____

Other Loan Obligations / Credit Cards

Otros Prestamos/ Tarjetas de Crédito

Name of Creditor _____ Amount _____ Payments _____

Nombre del Acreedor _____ *Cantidad* _____ *Pagos* _____

Name of Creditor _____ Amount _____ Payments _____

Nombre del Acreedor _____ *Cantidad* _____ *Pagos* _____

Name of Creditor _____ Amount _____ Payments _____

Nombre del Acreedor _____ *Cantidad* _____ *Pagos* _____

Name of Creditor _____ Amount _____ Payments _____

Nombre del Acreedor _____ *Cantidad* _____ *Pagos* _____

Name of Creditor _____ Amount _____ Payments _____

Nombre del Acreedor _____ *Cantidad* _____ *Pagos* _____

Have you ever filed bankruptcy? Yes ___ No ___ If yes, when _____

¿Ha aplicado para bancarrota? Si ___ No ___ Si es si, ¿Cuándo? _____

Real Estate Mortgage Holder _____

Poseedor de Hipoteca Inmobiliaria _____

When Purchased _____ Current Balance _____ Monthly Payment _____

Cuándo Compró? _____ *Saldo Actual* _____ *Pago Mensual* _____

Monthly Rent _____ Monthly Child Support Paid _____

Renta Mensual _____ *Pago Mensual de Manutención de los Hijos* _____

I certify that all information listed herein is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to ascertain my ability to pay for services rendered to me by Columbus Community Hospital. I also understand that if the information, which I submit is determined to be false, such a determination will result in a denial of providing services such as uncompensated services, and that I will be liable for charges for service provided.

I hereby grant permission to those CCH personnel who are authorized to receive, release or act upon financial information contained herein. I hereby release the designated CCH personnel and all parties who supply information at the request of the CCH personnel, from liability for any acts, communications or disclosures which are made pursuant to such an investigation.

Signature (Person making request)

Date

PLEASE INFORM US if you have any accounts at the following Clinics so we can include those accounts with your Application:

Columbus Orthopedic and Sports Medicine Clinic

Columbus Otolaryngology Clinic (ENT)

Columbus General Surgery

Columbus Psychiatry Clinic

Columbus Surgery Center

Columbus Cardiology Clinic

Columbus Cancer Care

Columbus Dermatology Clinic

Humphrey Clinic

Lindsay Clinic

Yo certifico que toda la información indicada en este documento es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que la información se va a utilizar para determinar mi capacidad para pagar por los servicios que he recibido de Columbus Community Hospital. También entiendo que si la información, que presente se determina falsa, dicha determinación resultara en una negación de la prestación de servicios no compensados, y que seré responsable de los cargos por los servicios proveídos.

Por la presente autorizo al personal de CCH que están autorizados a recibir, liberar o actuar sobre la información financiera contenida en este documento. Yo libero al personal designado de CCH y a todos los que proveen información a petición del personal de CCH, de cualquier responsabilidad por los actos, comunicaciones o declaraciones hechas en conformidad con dicha investigación.

Firma (Persona que hace la solicitud)

Fecha

Por favor, infórmenos si tiene alguna cuenta en las siguientes clínicas para que podamos incluir esas cuentas en su solicitud:

Columbus Orthopedic and Sports Medicine Clinic

Columbus Otolaryngology Clinic (ENT)

Columbus General Surgery

Columbus Psychiatry Clinic

Columbus Surgery Center

Columbus Cardiology Clinic

Columbus Cancer Care

Columbus Dermatology Clinic

Humphrey Clinic

Lindsay Clinic