

PROCEDURES FOR FINANCIAL ASSISTANCE

1. Verification of income: copies of current 1040 tax return, and copies of current check stubs. W-2 will be required if no 1040 taxes are available.
2. Financial Assistance application must be fully completed.
3. Determination letter or medical coupon from DSHS if the patient is:
Over the age of 65; disabled; under the age of 19; or pregnant.
4. Verification of food stamps, medical coupons, and any money received from the state.

**FAILURE TO PROVIDE ALL OF THE ABOVE
INFORMATION MAY RESULT IN THE DELAY OR DENIAL
OF THE APPLICATION.**

PROCEDIMINTOS PARA AYUDA FINANCIERA

1. Verificación de ingresos: copias de formularios recientes 1040 (impuestos) y copias recientes de talones de pago. Si usted no tiene el formulario 1040 de impuestos se le requerirá que presente formas W2.
2. Su solicitud de ayuda financiera deberá ser llenada completamente.
3. Carta de determinación (aceptación o rechazo) o cupón médico de DSHS si él (la) paciente es mayor de 65 años, menor de 19 años o si está embarazada.
4. Verificación de estampillas de comida, cupon medical y dinero del estado.



Please return completed form to:
 Por favor devuelva el formulario lleno a:
 Lourdes Health Network/Sistema de Salud Lourdes
 Attn: Patient Business Services
 P O Box 2568
 Pasco, WA 99302

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION /SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Please complete the application to the best of your ability, and as fully as possible. This will help us answer your request as quickly as possible. If you would like to provide additional information of any kind that you feel will help us better understand your situation, please attach a letter. Por favor llene la solicitud lo mejor y más completamente posible. Esto nos ayudará a responder a su solicitud lo antes posible. Si usted desea proporcionar cualquier información adicional que usted considere que nos ayudará a comprender mejor su situación, por favor incluya una carta con ésta solicitud.

You must also provide proof of gross income. This may be in the form of your last three(3) pay stubs, last year's tax return, or other records documenting your year to date income.

También debe proporcionar verificación de ingresos totales en bruto. Esto puede ser mediante tres (3) talones de pago, la declaración de impuestos del año anterior (income tax) u otra información que verifique sus ingresos en lo que va del año.

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT) INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE			Acct # No. de Cuenta	
Patient Name: Nombre del/la Paciente	Birth Date Fecha de Nacimiento	Marital Status Estado Civil	Sex/Sexo	Telephone No. No. Telefónico
Address/Dirección	City/Ciudad	State Estado	Zip Código Postal	Email Address Dirección Electrónica
Social Security Number: No. de Seguro Social	Employer/Empleador (Dónde trabaja?)	FT Tiempo completo	PT Medio Tiempo	How many hrs/wk ¿Cuántas horas por semana?
Employer Address: Dirección del lugar donde trabaja	City/Ciudad	State Estado	Zip Código Postal	Telephone No. No. de teléfono

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSIBLE DE LA CUENTA

Name/Nombre	Birth Date Fecha de Nacimiento	Marital Status Estado Civil	Sex/Sexo	Telephone No. No. de teléfono
Address/Dirección	City/Ciudad	State Estado	Zip Código Postal	Email Address Dirección Electrónica
Social Security Number: No. de Seguro Social	Employer/Dónde trabaja?	How Long? Cuanto tiempo ha trabajado ahí?	FT Tiempo completo	PT Medio Tiempo
Employer Address/Dirección del lugar donde trabaja	City/Ciudad	State Estado	Zip Código Postal	Telephone No. No. de teléfono

**RESPONSIBLE PARTY SPOUSE/DOMESTIC PARTNER INFORMATION
 INFORMACIÓN DEL/LA ESPOSO/PAREJA CON LA QUE COHABITA/A DE LA PERSONA RESPONSIBLE DE LA CUENTA**

Spouse's/Domestic Partner Name/Nombre del/la esposo/a/Pareja con la que cohabita	Social Security Number No. de Seguro Social	Birth Date Fecha de Nacimiento
Spouse's/Domestic Partner Employer: Empleador del/la esposo/a/Pareja con la que cohabita	Address: Dirección:	City Ciudad
		State Estado
		Zip Código Postal
		Telephone No. de teléfono

DEPENDENTS: PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED (DEPENDIENTES)

Name/Nombre	Age Edad	Relationship Parentesco	Name/Nombre	Age Edad	Relationship Parentesco

GROSS MONTHLY INCOME/INGRESOS MENSUALES TOTALES EN BRUTO			MONTHLY LIVING EXPENSES/COSTOS MENSUALES DE SOSTENIMIENTO	Payment Pago	Balance Saldo Total
Applicant Earned Income/Ingresos ganados por el/la solicitante			Mortgage/Rent Hipoteca/Renta		
Applicant Spouse's Income/Ingresos del /la esposo/a			Electricity/Electricidad		
Social Security Benefits/Beneficios del Seguro Social			Gas/Gas		
Pension/Retirement Income/Ingresos por Jubilacion/Pension			Telephone/Teléfono		
Unemployment Compensation/Compensación de Desempleo			Water/Agua		
Worker's Compensation /Indemnización de Trabajadores			Groceries/Alimentos		
Interest / Dividend Income/Ingresos por Intereses o Dividendos			Cable TV/Cable de Televisión		
Child Support/Manutención de Niños			Car Payment/Pago del Carro		
Alimony/Pensión Alimenticia			Cell Phone/Teléfono Celular		
Rental Property Income/Ingresos de Propiedad Rentada			Day Care/Guardería		
Food Stamps/Estampillas de Alimentos			Child Support/Alimony Manutención de Niños/ Pensión Alimenticia		
Other/Otro			Prescription Drugs/Medicamentos con Receta		
Other/Otro			Credit Cards: Tarjetas de Crédito		
TOTAL GROSS INCOME: INGRESOS TOTALES EN BRUTO:					
ASSETS/BIENES					
Cash on Hand/Dinero a la mano			Other Doctor / Otro Doctor/		
Savings Account/Cuenta de Ahorros			Hospital Bills: Cuentas del Hospital		
Checking Account/Cuenta de Cheques					
C.D.'s/Certificados de Depósito					
Securities/Acciones					
Life Insurance/Seguro de Vida					
Other Real Estate/Otros Bienes Raices					
Other/Otro			Insurance Expense: Gastos de Seguro:		
Vehicle / Make & Model:	Year	Value/Valor	1. Automobile/Automóvil		
Vehículo Marca y Modelo	Año		2. Property/Propiedad		
			3. Medical / Life //Médico/ de Vida		
			4. Medical Insurance Premium Cuota de Seguro Médico		
			Other Loan Payments: Otros Pagos de Préstamos		
			1.		
			2.		
			Other Monthly Payments: Otros Pagos Mensuales		
			1.		
			2.		
			3.		
TOTAL VALUE OF ASSETS: VALOR TOTAL DE LOS BIENES			TOTAL MONTHLY EXPENSES: GASTOS MENSUALES TOTALES		

COMMENTS:COMENTARIOS:

I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the hospital to obtain information from external credit reporting agencies if the hospital deems necessary.

Yo certifico por medio del presente que hasta donde tengo entendido, la información anterior es verdadera y correcta. Por medio del presente yo autorizo al hospital, a que obtenga información de agencias externas de información de crédito si el hospital lo considera necesario.

Date/Fecha

Signature of Patient, Spouse, Guarantor or Legal Representative
Firma del Paciente, Esposo/a, Aval o Representante Legal