

COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL
110 Shult Drive
COLUMBUS TX 78934
979-732-2371 FAX 979-732-9242

FINANCIAL AID CONSIDERATION FORM

PATIENT NAME: _____

ACCOUNT/GUAR # OR DATE OF SERVICE: _____

PLEASE SUPPLY THE FOLLOWING INFORMATION SO THAT WE MAY SCREEN THIS ACCOUNT FOR FINANCIAL AID ELIGIBILITY.

MONTHLY INCOME (INCLUDE SPOUSE'S IF APPLICABLE): \$ _____

Attach a copy of your most current: W2, Tax Return, Social Security or Payroll Check or any other proof of income. A Zero Income Declaration form may be required. Failure to provide proof of income will result in the application being denied as incomplete.

NUMBER OF PERSONS IN HOUSEHOLD: _____

PLEASE LIST OTHER MEMBERS OF THE HOUSEHOLD WHO MAY HAVE BILLS AT CCH:

OUTSTANDING MEDICAL DEBT WITH OTHER PROVIDERS: \$ _____ (attach copies of recent bills)

DO YOU OR SOMEONE ELSE IN THE HOUSEHOLD OWN YOUR HOME OR LAND? YES OR NO, IF YES DESCRIBE:

ADDITIONAL INFORMATION FOR CONSIDERATION: _____

CCH reserves the right to require that you first apply to other forms of governmental assistance before approving this application for financial assistance.

PATIENT SIGNATURE

OFFICE APPROVAL

Financially Indigent

Medically Indigent

DATE

DATE

RETURN COMPLETED FORM TO THE ADDRESS ABOVE.

Para Español, vea el reverso.

COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL
110 Shult Drive
COLUMBUS TX 78934
979-732-2371 FAX 979-732-9242

FORMA PARA CONSIDERACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE CUENTA/GARANTE O FECHA DE SERVICIO: _____

Por favor proporcione la siguiente información para que podamos revisar esta cuenta para la elegibilidad de ayuda financiera.

INGRESOS MENSUALES-INCLUYA CÓNYUGE SI CORRESPONDE: \$ _____

Adjunte una copia de su más reciente: W2, declaración de impuestos, Seguro Social o de talon de cheque o cualquier otra prueba de ingresos. Una forma Declaración de Cero Ingresos puede ser requerida. No acreditación de ingresos dará lugar a la aplicación que sea negada como incompleta.

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____

POR FAVOR LISTE OTROS MIEMBROS DEL HOGAR QUE PUEDAN TENER CUENTAS EN CCH:

DEUDA MÉDICA PENDIENTE CON OTROS PROVEEDORES: \$ _____

(Adjunte copias de facturas recientes)

¿USTED O ALGUIEN MÁS EN EL HOGAR ES DUEÑO DE SU CASA O TERRENO? SÍ O NO, CASO AFIRMATIVO DESCRIBA:

Información adicional para consideración:

CCH se reserva el derecho a exigir que usted aplique primero para otras formas de ayuda gubernamental antes de aprobar esta solicitud de ayuda financiera.

FIRMA DEL PACIENTE

APROBACIÓN DE LA OFICINA

Financially Indigent

Medically Indigent

FECHA

FECHA

DEVUELVA EL FORMULARIO A LA DIRECCIÓN ARRIBA.