

JOHN C FREMONT HEALTHCARE DISTRICT – Confidential Financial Statement (Application)

Patient Name _____	DOS: _____
Patient Number _____	<u>Confidential Financial Statement (Application)</u>

RESPONSIBLE PARTY

Name		Marital Status	Social Security Number
Street Address, City, State, Zip		How long at this address	Home Phone
Employers Name and Address (If Unemployed –How Long)			Business Phone
Position / Title	Monthly income – Gross	Monthly income – Net	Length of current employment

SPOUSE

Name		Social Security Number
Employer Name and Address		Business Phone
Position / Title	Monthly income – Gross	Monthly income – Net
Length of current employment		

DEPENDENTS

Name & Year of Birth of all persons in household	Total Number of Persons in Household	Do Any Other Persons Contribute? If Yes, Amount: Yes/No Amount
--	--------------------------------------	--

INCOME PER MONTH & ASSETS

Dividends, Interest	\$	Child Support / Alimony
Public Assistance / Food Stamps	\$	Rental Income
<i>Social Security</i>	\$	Grants
Unemployment Compensation	\$	IRA
Workers' Compensation	\$	Other
Savings	\$	

EXPENSES PER MONTH

Mortgage / Rent	\$	Balance: \$	Medical / Dental	\$
Own Home? (Yes/No)			Doctor – Name	
Food	\$		Doctor – Name	\$
Utilities:			Doctor – Name	\$
Electric	\$		Credit Cards:	\$
Gas	\$		Visa Limit	\$
Water / Sewer	\$		MasterCard Limit	\$
Trash	\$		Discover Limit	\$
Phone	\$		Other Limit	\$
Cable	\$		Installment Loans	\$
Auto Payments	\$		Child Support	\$
Auto Expenses	\$		Miscellaneous Expenses	\$
Insurance:	\$			\$
Auto Premium	\$			\$
Life Insurance	\$			\$
Health Insurance	\$			\$

OFFICE USE ONLY Gross income _____	To my knowledge the information provided above is true. I authorize a Credit Bureau Report to be secured by the Hospital or its agent to verify my financial standing.
---------------------------------------	--

Net income _____	_____
Total Expenses _____	_____
Total Net income(loss) _____	PATIENT/GUARANTOR SIGNATURE DATE

JOHN C. FREMONT HEALTHCARE DISTRICT- Confidential Financial Statement (Application) in Spanish

Nombre del Paciente _____	OFICINA DOS
Número del Paciente _____	DECLARACION CONFIDENCIAL DE ESTADO FINANCIERO

PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____	Estado Civil _____	Número de Seguro Social _____
Dirección, ciudad, estado, código postal _____	¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____	Teléfono de su domicilio _____
Nombre y dirección de su empleador (Si está desempleado, ¿por cuánto tiempo?) _____		Teléfono de su trabajo _____
Empleo/Puesto _____	Ingreso mensual-Bruto _____	Ingreso mensual-Neto _____
		Tiempo en su empleo actual _____

ESPOSA/ESPOSO

Nombre _____	Número de Seguro Social _____
Nombre y dirección del empleador _____	Teléfono de su trabajo _____
Empleo/Cargo _____	Tiempo en su empleo actual _____

DEPENDIENTE

Nombre y año de nacimiento de todos los dependientes que viven en su casa _____	Número total de dependientes que viven en su casa: _____	¿Alguna otra persona contribuye? Si la respuesta es sí, ¿con qué cantidad? : Si/No Cantidad
---	--	---

INGRESO MENSUAL Y ACTIVOS

Dividendos, Intereses \$ _____	
Ayuda pública/Cupones de alimentos \$ _____	Ingreso por alquileres _____

<p style="text-align: right;">\$</p>	<p>Acciones, bonos</p>
<p>Compensación por desempleo \$</p>	<p>Subvenciones (<i>grants</i>)</p>
<p>Compensación por accidente de trabajo \$</p>	<p>Cuenta de jubilación individual (<i>IRA</i>)</p>
<p>Ahorros \$</p>	

--	--

GASTOS MENSUALES

Pagos de hipoteca/alquiler	Saldo	\$	Gastos médicos/dentales	\$
¿Es propietario de su vivienda? (Sí/No) :				
Alimento	\$		Doctor-Nombre	\$
Servicios públicos:			Doctor-Nombre	
Electricidad	\$		Doctor-Nombre	\$
Gas	\$		Tarjetas de crédito::	\$
Agua-Alcantarillado	\$		Visa	Limite
Recolección de basura	\$		Mastercard	Limite
Teléfono	\$		Discover	Limite
Cable	\$		Otras	Limite t
Pago de vehículos	\$		Préstamos a plazo	\$
Gasto de vehículos	\$		Manutención para hijos menores	\$
Seguro :	\$		Gastos misceláneos	\$
Prima de vehículos	\$			\$
Seguro de vida	\$			\$
Seguro médico	\$			\$

SOLO PARA USO DE LA OFICINA Hasta donde me es posible saber, la información arriba proporcionada es correcta. Autorizo al Hospital o a su representante, para que obtengan un reporte de crédito para la verificación de mi situación financiera.

Ingresos brutos _____
 Ingresos netos _____
 Total de gastos _____
 Ingreso neto total (pérdida) _____

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA

JOHN C. FREMONT HEALTHCARE DISTRICT - Confidential Financial Assistance Statement Summary

Hospital: _____
 Patient Name: _____ Patient Number: _____
 Total Charges: _____ Date of Service: _____
 ___ Deceased ___ Homeless Date of Assignment: (if applicable) _____

Coverage

To provide consideration for financial assistance, it is necessary that all other payer resources have been exhausted. Please identify that the patient has been screened, and deemed ineligible for the following potential programs:

- Medicaid/Medi-Cal Disability Supplemental Security Income
 Insurance Coverage Third Party Liability CCS/CDIC
 County Program Victims of Violent Crimes Workers' Compensation

If a partial payment has been made it is to be deducted from total discount recommended:
 Amount paid: \$ _____ bywhom _____

Income/Expense Verification

Please identify that income and expense has been verified.

- Income Verified. Source: _____
 Absence of income attestation. Completed by _____
 Statements of assets. (Bank statement copies, etc.)
 Mortgage/Rent Statements.
 Other living expenses. (Copies of utilities bills, Auto, Insurance)
 Patient Signature.
 Patient NET WORTH \$ _____

Summary for Charity Care Consideration:

Percentage of FPG:	%	Eligible for write-off: YES ___ No ___	Recommendation Amount:
Eligible for Charity Care		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Eligible for Reduced Payment Rate:		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Submitted by:			
	(Print Name)	(Signature)	(Date)
Phone Number: _____		Supervisor Signature: _____	
<input type="checkbox"/> Confidential Financial Statement <input type="checkbox"/> Worksheet <input type="checkbox"/> Supporting Documents <input type="checkbox"/> Credit Bureau Report			
<input type="checkbox"/> Non-Statutory G/L Account # XXXX.XXXX		<input type="checkbox"/> Statutory G/L Account # XXXX.XXXX	
BOM/DPFS: _____		DPFS Approval: _____	
Date _____		Date _____	
Denied <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Reason _____ DPFS Dated _____	
Date _____			