

Marshall Medical Center
 Attention: Financial Counselors
 PO BOX 872
 Placerville CA 95667



Statement of Financial Condition

Section 1, Instructions:

In order to process your application, please make sure that you have completed ALL sections of this application, including the signature page and provide any proof of income that pertains to you.

Acceptable proof of income is as follows:

- Three most recent paycheck stubs
- Most current Tax Return Form
- Most current Schedule C Tax Form (for self-employed patients)
- Current Social Security Summary
- Current Unemployment Summary
- Current Disability Summary

An incomplete application will be returned and will not be processed until all required documents are received. Normal billing procedures will continue during this time.

Section 2, Applicant(s):

Applicant

Name: _____
 Address: _____

 DOB: _____
 SSN: _____
 Phone: _____

Spouse / Significant Other

Name: _____
 Address: _____

 DOB: _____
 SSN: _____

Section 3, Dependents:

****List ONLY those dependents that are claimed on your Federal Income Tax return. For dependents over the age of 18, please provide your most recent tax return showing proof of dependency.****

Name	Date of Birth	Relationship	Social Security #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MARSHALL MEDICAL CENTER
 STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION

Section 4, Family Income: If no income, see section 5.

Current Monthly Income	Patient	Spouse	Joint
Gross Pay	\$	\$	\$
Income from Business (if self-employed)	\$	\$	\$
Interests and Dividends	\$	\$	\$
From Real Estate and Personal Property	\$	\$	\$
Social Security/Retirement Income	\$	\$	\$
From Alimony, support payments	\$	\$	\$
Other Income	\$	\$	\$
Total Monthly Income	\$	\$	\$

Assets (if applicable)	Patient	Spouse	Joint
Stocks and Bonds	\$	\$	\$
Money Market Accounts	\$	\$	\$
Brokerage Accounts	\$	\$	\$
Certificates of Deposit/Savings Accounts	\$	\$	\$
Total Assets	\$	\$	\$

Section 5, Additional Information/ Means of support

Please use this section to provide additional information that may be pertinent to your eligibility for a discount. If you do not receive any income please explain your means of support. Example: How are you paying for food, rent, or other bills?

Section 6, Insurance Information:

Do you currently have health insurance coverage?

Dependent Insurance if it differs:

If yes, name of Insurance/Health Plan: _____
 Identification Number: _____
 Subscriber/Policy Holder Name: _____

If yes, name of Insurance/Health Plan: _____
 Identification Number: _____
 Subscriber/Policy Holder Name: _____

If you do not have active insurance, per Marshall Medical Center's policy, we require you to apply for Medi-cal and provide us with a determination letter. You can apply at www.coveredca.com or by calling the local Medi-cal office at 530-642-7300. If Medi-cal denies you, please pursue coverage through Covered California.

Section 7, Financial Assistance Application Checklist/Signatures

In order to prevent your application from being returned due to missing information, please review the checklist below.

Check all that you have completed.

If you require assistance in completing this application, please call our Financial Counselors at 530-626-2618. Our representative is available to assist you Monday through Friday between the hours of 8:00AM and 4:00PM.

- Completed sections 1-7 on this application.
- Included acceptable proof of income, refer to section 1 if you have any questions.
- Included Medi-cal determination letter. (If applicable)
- Signature and date for applicant.
- Signature and date for spouse and significant other. (If applicable)
- Signature for dependent over the age of 18. (If applicable)
- Federal Tax Income form if you have dependents over the age of 18.

Signature of Applicant

Date

Signature of Spouse/Significant Other

Date

Signature of Dependent over the age of 18

Date

*If you are over the age of 18 and being claimed on this application, we require your signature stating that you give permission to include you and any outstanding balances with Marshall Medical Center for this discount as well as on the Financial Assistance determination letter that will be sent out once the application is complete. If you decline to sign you will not be eligible for this discount.

**MARSHALL MEDICAL CENTER
 STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION**

Centro Médico Marshall
 Atención: Asesores Financieros
 PO BOX 872
 Placerville CA 95667



Declaración de Condición Financiera

Sección 1, instrucciones:

Para poder procesar su solicitud, por favor, asegúrese de haber completado **TODAS** las secciones de esta solicitud, incluyendo la página de firma, y de suministrar cualquier prueba de ingreso que le concierne.

Las pruebas de ingreso que se consideran aceptables son las siguientes:

- Tres de los talonarios de pago más recientes
- Formulario de declaración fiscal más reciente
- Formulario de calendario fiscal C más reciente (para pacientes autónomos)
- Resumen del Seguro Social actual
- Resumen de desempleo actual
- Resumen de discapacidad actual

Se devolverá cualquier solicitud incompleta y no se procesará hasta que se reciban **todos** los documentos necesarios. Los procedimientos de facturación normal continuarán durante este tiempo.

Sección 2, solicitantes:

Solicitante

Nombre: _____
 Dirección: _____

 Fec. Nac.: _____
 SS#: _____
 Teléfono: _____

Cónyuge / pareja

Nombre: _____
 Dirección: _____

 Fec. Nac.: _____
 SS#: _____

Sección 3, dependientes:

****Señale SOLO aquellos dependientes que figuran en su declaración federal de impuestos sobre la renta. Para dependientes mayores de 18 años, por favor proporcione su declaración fiscal más reciente mostrando pruebas de dependencia. ****

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sección 4, ingreso familiar: Si no hay ingresos, consulte la sección 5.

Ingreso mensual actual	Paciente	Cónyuge	Conjunto
Remuneración bruta	\$	\$	\$
Ingreso de negocios (si es autónomo)	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
De inmuebles e inmuebles propios	\$	\$	\$
Seguro Social / ingresos de jubilación	\$	\$	\$
De pensión alimenticia, pagos de apoyo	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$
Ingreso mensual total	\$	\$	\$

Activos (si aplica)	Paciente	Cónyuge	Conjunto
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas del mercado monetario	\$	\$	\$
Cuentas de corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito / cuenta de ahorros	\$	\$	\$
Activos totales	\$	\$	\$

Sección 5, información adicional/medios de apoyo

Por favor, utilice esta sección para proporcionar información adicional que pueda ser pertinente para su elegibilidad para un descuento Si no recibe ningún ingreso, por favor, explique sus medios de apoyo. Ejemplo: ¿Cómo paga la comida, el alquiler u otras cuentas?

Sección 6, información del seguro:

¿Actualmente posee cobertura de seguro médico?

Seguro del dependiente si difiere:

Si es así, nombre del seguro / plan de salud: _____

Si es así, nombre del seguro / plan de salud: _____

Número de identificación: _____

Número de identificación: _____

Suscriptor / nombre del titular de la póliza: _____

Suscriptor / nombre del titular de la póliza: _____

Si no tiene seguro activo, de acuerdo con las políticas del Centro Médico Marshall, necesitamos que haga una solicitud para Medi-cal y nos proporcione una carta de resolución. Puede hacer su solicitud en www.coveredca.com o llamando a la oficina local de Medi-cal al 530-642-7300. Si Medi-cal lo rechaza, por favor, busque cobertura a través de Covered California.

Sección 7, lista de solicitud de ayuda financiera/firmas

Para prevenir que su solicitud sea rechazada debido a información faltante, por favor, revise la siguiente lista.

Revise todo lo que haya completado.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame a nuestros Asesores Financieros al 530-626-2618. Nuestro representante está disponible para ayudarlo de lunes a viernes entre las 8:00 AM y las 4:00 PM.

- Secciones 1-7 completas en esta solicitud.
- Prueba de ingreso aceptable incluida, consulte la sección 1 si tiene alguna pregunta.
- Carta de resolución de Medi-cal incluida. (si aplica)
- Firma y fecha por el solicitante.
- Firma y fecha por el cónyuge y pareja. (si aplica)
- Firma para dependientes mayores de 18 años. (si aplica)
- Formulario de impuestos federales sobre la renta si tiene dependientes mayores de 18 años.

Firma del solicitante.

Fecha

Firma del cónyuge/pareja

Fecha

Firma del dependiente mayor de 18 años

Fecha

*Si es mayor de 18 años y está reclamado en esta solicitud, necesitamos que firme indicando que da permiso para incluirlo a usted y a cualquier saldo pendiente en el Centro Médico Marshall para un descuento, así como en la carta de resolución de Ayuda Financiera que se enviará una vez que se complete esta solicitud. Si se rehúsa a firmar no será elegible para este descuento.

**CENTRO MÉDICO MARSHALL
DECLARACIÓN DE CONDICIÓN
FINANCIERA**