



Randolph Health

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

Solicitud para Ayuda de Cobertura y Ayuda Financiera

Account# Nº de Cuenta	
Date(s) of Service Fecha(s) de Servicio	

The purpose of this form is to provide the Financial Counselors with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their Randolph Health bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

El propósito de este formulario es proporcionar al Departamento de Asesoría Financiera la información necesaria para determinar si el paciente califica para la ayuda financiera con su(s) factura(s) del Randolph Health. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.

Patient Demographics

Datos Demográficos del Paciente

Patient's Full Name Nombre Completo del Paciente	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Social Security# Nº de Seguro Social	Marital Status Estado Civil
Physical Address Dirección de Correos	City, State and Zip Code Ciudad, Estado y Código Postal	Months/Yrs at This Address Meses/Años en esta dirección	County Condado
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo			
Mailing Address Dirección de Correos	City, State and Zip Code Ciudad, Estado y Código Postal	Months/Yrs at This Address Meses/Años en esta dirección	County Condado
Home Phone# Nº de Teléfono del Hogar	Mobile Phone# Nº de Teléfono Móvil	Emergency Contact Name Nombre de Contacto en el Caso de una Emergencia	Phone# Nº de Teléfono
City and State of Birth Ciudad y Estado de Nacimiento	Citizenship Status estatus de ciudadanía	Lived in U.S. Since Vive en E.U. desde	Copies of Your Documents? ¿Copias de sus Documentos? ☐ Yes (Sí) ☐ No (No)

Health Insurance Information

Información de Seguro Médico

Provider - Primary Coverage Proveedor - Cobertura Primaria	Policy Holder Name Nombre del Poseedor de la Póliza	Policy# Nº Póliza	Group# Nº de Grupo	Effective Date Fecha de Vigencia
Provider - Secondary Coverage Proveedor - Cobertura Secundaria	Policy Holder Name Nombre del Poseedor de la Póliza	Policy# Nº Póliza	Group# Nº de Grupo	Effective Date Fecha de Vigencia

Please list all household members below

Listar miembros de Familia que viven con usted

Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Place of Birth Lugar de Nacimiento	SSN# Número de Seguro Social	Relation to Patient Relación/Parentesco al Paciente	Sex Género	Race Raza
1						
2						
3						

Please list all household members below (continued from page 1)

Listar miembros de Familia que viven con usted (continuación de página 1)

Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Place of Birth Lugar de Nacimiento	SSN# Número de Seguro Social	Relation to Patient Relación/Parentesco al Paciente	Sex Género	Race Raza
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

Si hay más de 7 miembros de la familia en su hogar, por favor enumere en la sección "notas" de la página 6 de este formulario

Education, Employment and Military Background <i>Educación, Empleo y Servicio Militar</i>		Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>	Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>
Education <i>Educación</i>	Highest Grade Completed in School <i>Grado más alto que haya cursado en la escuela</i>		
	Technical Skills <i>Destrezas técnicas</i>		
Current Employment <i>Empleo Actual</i>	Currently Unemployed (check box if yes) <i>Actualmente desempleado (elijá la caja si es si)</i>	☐ Fill-out 'past employment' section <i>Llene la sección 'empleo pasado'</i>	☐ Fill-out 'past employment' section <i>Llene la sección 'empleo pasado'</i>
	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Work Phone# <i>Número de Teléfono del Trabajo</i>		
	Boss/Supervisor's Name <i>Nombre del Jefe/Supervisor</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr(por hora) ___ days/wk(dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr(por hora) ___ days/wk(dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____
Past Employment <i>Empleo Pasado</i>	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr(por hora) ___ days/wk(dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr(por hora) ___ days/wk(dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____

COBRA <i>Cobertura bajo COBRA</i>	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? <i>¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo en los pasados 60 días?</i>			☐ Yes (Si) ☐ No (No)	
	Did he/she receive a COBRA election notice? <i>¿Ha recibido él/ella una notificación de elección COBRA?</i>			☐ Yes (Si) ☐ No (No)	
	Did he/she elect COBRA coverage? <i>¿Seleccionó él/ella cobertura bajo COBRA?</i>			☐ Yes (Si) ☐ No (No)	
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: <i>Si él/ella no seleccionó cobertura bajo COBRA, favor de seleccionar una:</i>			☐ premiums too expensive <i>primas muy costosas</i> ☐ new coverage <i>nueva cobertura</i>	
Military Service <i>Servicio Militar</i>	Branch <i>Rama</i>	Dates Enlisted <i>Fechas Enlistado/Reclutado</i>	Rank <i>Rango</i>	Serial# <i>Número de Serie</i>	

Insurance Information <i>Información de Seguro</i>					
Life Insurance <i>Seguro de Vida</i>	Company <i>Compañía</i>	Policy Holder <i>Tenedor de Póliza</i>	Face Value <i>Valor Nominal</i>	Policy Type <i>Tipo de Póliza</i>	Cash Value <i>Valor Efectivo</i>
Burial Insurance/Contract <i>Seguro/Contrato Fúnebres</i>	Company <i>Compañía</i>	Policy Holder <i>Poseedor de la Póliza</i>	Face Value <i>Valor Nominal</i>	Cash Value <i>Valor Efectivo</i>	Revocable? <i>¿Revocable?</i>

Income (3 month history) <i>Ingreso (historial de 3 meses)</i>	Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>			Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>		
	Last month <i>Último mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>	Last month <i>Último mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>
Wages <i>Salarios</i>						
Pension/Retirement <i>Pensión/Jubilación</i>						
Social Security Retirement <i>Jubilación del Seguro Social</i>						
Social Security Disability <i>Discapacidad del Seguro Social</i>						
Supplemental Security Income <i>Ingreso de Seguridad Suplementario</i>						
VA Benefits <i>Beneficios de Veteranos</i>						
Unemployment <i>Desempleo</i>						
Child Support <i>Pensión de Menores</i>						
Food Stamps <i>Estampillas de Alimentos</i>						
Other (Workfirst, etc.) <i>Otro (Workfirst, etc.)</i>						
Statement of Verification <i>Verificación de Declaración</i>	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <i>¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?</i> ☐ Yes (Si) ☐ No (No)			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <i>¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?</i> ☐ Yes (Si) ☐ No (No)		

Expenses Gastos	Payments for (name) Pagos para (nombre)	Payment Amount Cantidad del Pago	Paid to (name and address) Pagado a (nombre y dirección)
Child Support/Care Cuido/Pensión de Menores			
Alimony Pensión Alimenticia			

Statement of Support <i>Declaración de Apoyo</i>	I certify that I have been unemployed for the last _____ ☐ months ☐ years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____. <i>Yo certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ meses / años. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, refugio y ropa de _____, relación/parentesco, _____.</i>
--	--

Property Propiedad	Address Dirección	Ownership Propietario	Tax Value Valor de Impuesto	Loan Balance Saldo Prestatario	Mortgage Co Co. Hipotecaria
Primary Residence Residencia Primaria		☐ own propia ☐ rent alquiler			
Other Property Otra Propiedad		☐ own propia ☐ rent alquiler			
Other Property Otra Propiedad		☐ own propia ☐ rent alquiler			
Other Property Otra Propiedad		☐ own propia ☐ rent alquiler			

Assets Activos	Make/Model Marca/Modelo	Ownership Propiedad	Tax Value Valor de Impuesto	Loan Balance Saldo Crediticio	Bank/Lender Banco/Prestatario
Automobiles Automóviles	1	☐ own propia ☐ rent alquiler			
	2	☐ own propia ☐ rent alquiler			
	3	☐ own propia ☐ rent alquiler			
Motorcycles Motocicletas	1	☐ own propia ☐ rent alquiler			
	2	☐ own propia ☐ rent alquiler			
Boats Botes	1	☐ own propia ☐ rent alquiler			
	2	☐ own propia ☐ rent alquiler			
Trailers/RVs Tractores/RVs	1	☐ own propia ☐ rent alquiler			
	2	☐ own propia ☐ rent alquiler			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.
Si hay otros activos dentro de las categorías mencionadas anteriormente, por favor incluirlos en la sección de notas en la página 6 de este formulario.

Banking/Investments <i>Banca/Inversiones</i>	Institution <i>Institución</i>	Balance <i>Saldo</i>	Account# <i>Número de Cuenta</i>	Account Holder(s) <i>Poseedor(es) de Cuenta</i>
Checking <i>Cheques</i>	1			☐ Patient ☐ Spouse ☐ Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
	2			☐ Patient ☐ Spouse ☐ Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
Banking/Investments (cont) <i>Banca/Inversiones (cont)</i>	Institution <i>Institución</i>	Balance <i>Saldo</i>	Account# <i>Número de Cuenta</i>	Account Holder(s) <i>Poseedor(es) de Cuenta</i>
Savings <i>Ahorros</i>	1			☐ Patient ☐ Spouse ☐ Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
	2			☐ Patient ☐ Spouse ☐ Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
CDs <i>CDs</i>				
401K / IRA <i>401K / IRA</i>				
Stocks/Bonds <i>Acciones/Bonos</i>				
Other (trust fund, etc.) <i>Otros (fondos fiduciarios, etc.)</i>				

Medical Bills <i>Facturas Médicas</i>	Does the patient have old medical bills within two years? <i>¿El paciente tiene cuentas médicas atrasadas dentro de un margen de dos años?</i>	☐ Yes (Si) ☐ No (No)	Total Amount <i>Cantidad Total</i>
---	---	--	---------------------------------------

Acknowledgement and Signatures				
I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request. <i>Por la presente certifico que la información proporcionada en esta Declaración Financiera del Paciente es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender. Por este medio autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualesquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a comunicar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.</i>				
Signature: <i>Firma</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>	
Witness Signature: <i>Firma del Testigo</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>	

For Financial Counseling Personnel <i>Para uso del departamento de Asistencia Financiera unicamente</i>				
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in		
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance				Assigned to Financial Counselor (name):

Mail Completed Application to:

Randolph Health
Attention: Financial Counselors
P.O. Box 1048
Asheboro, NC 27204
336-625-5151