



Douglas County Memorial Hospital  
708 8th Street  
Armour, SD 57313  
Phone (605) 724-2159 – Fax (605) 724-2310



Armour  
708 8th St  
Armour SD 57313  
Phone (605) 724-2151  
Fax (605) 724-2310

**Prairie Health Clinics**  
Corsica  
PO Box 22  
Corsica SD 57328  
Phone (605) 946-5959  
Fax (605) 946-5616

Stickney  
PO Box 14  
Stickney SD 57375  
Phone (605) 732-4508

## CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE ASISTENCIA FINANCIERA

Patient Name: \_\_\_\_\_ Account Number(s): \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente) (numero de cuenta)

### INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre complete		Fecha de Nacimiento	
Direccion		ciudad: estado: codigo postal	
Número de seguro social	Teléfono	Número de dependientes	
Empleador	Posición	Duración del empleo	Salarios Brutos/Mes
Dirección del empleado		Ciudad: Estado: Código postal	Teléfono
Ingresos de otros adultos en el hogar	Fuente		Importe por Mes
Otras fuentes de ingresos	Importe por Mes	Nombre/dirección del banco	

Activo	Cantidad	Pasivo	Cantidad
Dinero		Otro medico (detalle)	
Inversiones (Describir)		Deuda de tarjeta de crédito	
Casa (Valor actual)		Hipoteca(s) de vivienda	
Otros Bienes Raíces			
Vehículos (Año, Marca, Modelo)		Préstamos para automóviles	

Negocios (Activos Netos)		Préstamos comerciales	
Otro (describir)		Otra deuda (Describa)	

**Adjunte una copia de su declaración de impuestos federal más reciente junto con los dos últimos talones de pago y los estados de cuenta bancarios actuales de 2 meses. Es posible que deba solicitar asistencia de Medicaid antes de que se apruebe su solicitud de atención caritativa.**

**Si cree que no calificará para recibir asistencia, comuníquese con los servicios financieros al 605 724-2159 para hacer arreglos de pago lo antes posible.**

**Por favor marque cualquiera que corresponda:**

- El solicitante/paciente no es elegible para Medicare, Medicaid o los beneficios para veteranos
- El solicitante/paciente no puede pagar un seguro de salud privado
- El empleador del solicitante/paciente no ofrece beneficios de seguro médico
- El paciente no está cubierto por ningún plan de seguro médico.

**Cobertura de seguro del paciente (si corresponde):**

Nombre de la compañía de seguros		Número de grupo		ID de suscriptor/miembro
Deducible	Coseguro	Máximo de bolsillo	Dirección de la compañía de seguros	

**Enumere a todos los miembros del hogar, comenzando con el PACIENTE:**

Nombre	Relación con el paciente	Edad
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**