

Val Verde Regional Medical Center Charity Application

APPLICANT INFORMATION

Patient name/Nombre de paciente:		
Date of birth/Fecha de nacimiento:	SSN/Numero de Seguro Social:	
Address/Domicilio:		
Phone#/Telefono:	Marital Status/Estado Civil:	
Please circle one/Favor de circular la opcion correcta Citizenship/Ciudadania: US MX Undocumented Legal Resident _____ (Year/Año)		
#Minors/Menores de edad:	Pregnant/Embarazada: YES NO (Date/Fecha) _____ CHIP: YES NO	
Living arrangements/Vivienda Propia o Departamento:	Monthly Payment /Mensualidades:	How long: _____ Cuanto tiempo: _____

PATIENT EMPLOYMENT INFORMATION

Current Employer/Patron Actual:	Last day/Ultimo dia: _____
Address/Domicilio:	How long: _____ Cuanto tiempo: _____
Phone#/Telefono:	Rate/Sueldo: \$ _____ HR/WK/M
How often paid/Tipo de Pago (Semanal/Quincenal/Mensual):	Other payments/Otros pagos:

SPOUSE EMPLOYMENT INFORMATION

Current Employer/Patron Actual:	Last day/Ultimo dia: _____
Address/Domicilio:	How long: _____ Cuanto tiempo: _____
Phone#/Telefono:	Rate/Sueldo: \$ _____ HR/WK/M
How often paid/Tipo de Pago (Semanal/Quincenal/Mensual):	Other payments/Otros pagos:

HOUSEHOLD MEMBERS

Name/Nombre	SSN/Numero de Seguro Social	Age/Edad
Bank/Banco:	Properties/Propiedades:	Life Ins/Aseguranza de vida:
Vehicles/Vehiculo:	Disability/Discapacidad:	Family support/Apoyo Familiar:

I authorize the verification of the information provided on this form as my resources and employment. I certify I have given correct information for this application process. I understand I need to meet policy and guidelines in order to qualify for this charity discount.

Autorizo la verificación de la información proporcionada en este formulario de mis recursos financieros y empleo. Certifico que he proporcionado información correcta para esta solicitud. Entiendo que necesito cumplir con las pautas de la póliza para calificar para este descuento de la caridad.

Signature/Firma del paciente:	Date/Fecha:
-------------------------------	-------------