



Carolinas HealthCare System

Hardship Settlement Application
Solicitud de Acuerdo durante Dificultades Financieras

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

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS hospital 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 hospital CHS. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.

Patient Demographics <i>Datos Demográficos del Paciente</i>			
Patient's Full Name <i>Nombre Completo del Paciente</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Social Security# <i>Nº de Seguro Social</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>
Physical Address <i>Dirección de Correos</i>	City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>		County <i>Condado</i>
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below <i>Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo</i>			
Mailing Address <i>Dirección de Correos</i>	City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>		County <i>Condado</i>
Home Phone# <i>Nº de Teléfono del Hogar</i>	Mobile Phone# <i>Nº de Teléfono Móvil</i>	Citizenship Status <i>estatus de ciudadanía</i>	Lived in U.S. Since <i>Vive en E.U. desde</i>

Health Insurance Information <i>Información de Seguro Médico</i>		
Provider <i>Proveedor</i>	Policy Holder <i>Nombre del Poseedor de la Póliza</i>	Effective Dates <i>Fecha de Vigencia</i> _____ - _____

Please list all household members below <i>Listar miembros de Familia que viven con usted</i>			
Name <i>Nombre</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>	Relation to Patient <i>Relación/Parentesco al</i>

If there are more than 5 members of the household, please list in the 'notes' section on page 2 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

Employment <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>
Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
Currently Unemployed (check box if yes) <i>Actualmente desempleado (elija la caja si es si)</i>	<input type="checkbox"/> Currently Unemployed <i>Actualmente desempleado</i>	<input type="checkbox"/> Currently Unemployed <i>Actualmente desempleado</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>Ultimo mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>	Last month <i>Ultimo mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>
Wages <i>salarios</i>						
Other (please specify) <i>Otros (favor especificar)</i>						
Other (please specify) <i>Otros (favor especificar)</i>						

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

Property <i>Propiedad</i>	Address <i>Dirección</i>	Ownership <i>Propietario</i>	Tax Value <i>Valor de Impuesto</i>	Loan Balance <i>Valor Prestatario</i>	Mortgage Co <i>Co. Hipotecaria</i>
Primary Residence <i>Residencia Primaria</i>		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Other Property <i>Otra Propiedad</i>		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			

Banking <i>Banca</i>	Institution <i>Institución</i>	Balance <i>Saldo</i>	Account Holder(s) <i>Poseedor(es) de Cuenta</i>		
Checking <i>Cheques</i>			<input type="checkbox"/> Patient <i>Paciente</i>	<input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyug</i>	<input type="checkbox"/> Joint <i>Conjunta</i>
Savings/Investments <i>Ahorros</i>			<input type="checkbox"/> Patient <i>Paciente</i>	<input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyug</i>	<input type="checkbox"/> Joint <i>Conjunta</i>

Acknowledgement and Signatures				
<p>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.</p> <p><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></p>				
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>	

Notes <i>Notas</i>

Mail Completed Application to:
 CHS System Business Office
 Attention: Financial Counseling
 PO Box 32861
 Charlotte, NC 28232