COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL
110 Shult Drive
COLUMBUS TX 78934
979-732-2371 FAX 979-732-9242

FINANCIAL AID CONSIDERATION FORM

PLEASE SUPPLY THE FOLLOWING INFORMATION SO THAT WE MAY SCREEN THIS ACCOUNT FOR FINANCIAL AID ELIGIBILITY.

PATIENT NAME: _____ ACCT/GUAR #:_____ BALANCE $_____

MONTHLY INCOME (INCLUDE SPOUSE'S IF APPLICABLE): $_____
Attach a copy of your most current: W2, Tax Return, Social Security or Payroll Check or any other proof of income. A Zero Income Declaration form may be required. Failure to provide proof of income may result in the application being denied as incomplete.

NUMBER OF PERSONS IN HOUSEHOLD: _____ Relationships: _____

PLEASE LIST OTHER MEMBERS OF THE HOUSEHOLD WHO MAY HAVE BILLS AT CCH: _____

OUTSTANDING MEDICAL DEBT WITH OTHER PROVIDERS: $_____ (attach copies of recent bills)

Do you or someone else in the household own your home or land? YES OR NO; If yes, how many acres:_____

ADDITIONAL INFORMATION FOR CONSIDERATION: _____

_____

_____

_____

_____

_____

CCH reserves the right to require that you first apply to other forms of governmental assistance before approving this application for financial assistance.

_____ _____
PATIENT SIGNATURE **DATE**

OFFICE USE:
_____ Annual Income _____ Family Size _____ % FPL _____ % of Income

Denied ☐ or Approved: ☐ Financially Indigent ☐ Medically Indigent Letter? ☐ Yes ☐ No

_____ _____
Office Approval / Denial **DATE**

RETURN COMPLETED FORM IN ENCLOSED ENVELOPE

Para Español, vea el reverso.

COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL
110 Shult Drive
COLUMBUS TX 78934
979-732-2371 FAX 979-732-9242

FORMA PARA CONSIDERACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

Por favor proporcione la siguiente información para que podamos revisar esta cuenta para la elegibilidad de ayuda financiera.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DE CUENTA/GARANTE :_____ $_____

INGRESOS MENSUALES-INCLUYA CÓNYUGE SI CORRESPONDE: $_____
Adjunte una copia de su más reciente: W2, declaración de inpuestos, Seguro Social o de talon de cheque o cualquier otra prueba de ingresos. Una forma Declaración de Cero Ingresos puede ser requerida. No acreditación de ingresos dará lugar a la aplicación que sea negáda como incompleta.

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____ Relación _____

POR FAVOR LISTE OTROS MIEMBROS DEL HOGAR QUE PUEDAN TENER CUENTAS EN CCH: _____

DEUDA MÉDICA PENDIENTE CON OTROS PROVEEDORES: $_____
(Adjunte copias de facturas recientes)

¿Usted o alguien más en el hogar es dueño de su casa o terreno? SÍ O NO; Caso afirmativo, cuántos hectáreas :_____

Información adicional para consideración: _____

_____

_____

_____

CCH se reserva el derecho a exigir que usted aplique primero para otras formas de ayuda gubernamental antes de aprobar esta solicitud de ayuda financiera.

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE **FECHA**

Uso en oficina:

_____ Ingresos anuales _____ Tamaño de la familia _____ % FPL_____ % de Ingresos

Negación (Denied) ☐ o Aprobación (Approved): ☐ Financieramente indigente ☐ Médicamente indigente
Letter? ☐ Yes ☐ No

_____ _____
APROBACIÓN DE LA OFICINA **FECHA**

Regrese el formulario completo en el sobre adjunto