



Form fields for patient information: Nombre del paciente, Domicilio del paciente, Ciudad, Estado, Código postal, Fecha de nacimiento, Número telefónico, Estado civil, Nombre del cónyuge, Empleado O Sí O No, Empleador del paciente, Teléfono.

Otras cuentas de White Rock Medical Center con saldo pendiente en su hogar (incluya el NOMBRE y FECHA DE NACIMIENTO del paciente, así como el NOMBRE DEL CENTRO)

Si está desempleado, incluya el nombre y número telefónico del empleador anterior

Entiendo que White Rock Medical Center ("WRMC") podrá verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de asistencia financiera ("Solicitud") en relación con la

Section A: Ingreso. Form for reporting income of patient, spouse, and parents. Includes fields for time worked, monthly/annual income, and additional income.

Section B: Verificación de ingresos. Form for providing verification of income sources. Includes checkboxes for various sources like pay stubs, tax forms, and government benefits.

Section C: Familiares. Form for reporting the total number of people living in the patient's home.

Section D: Bienes y otros recursos. Form for reporting assets and other resources. Includes questions about bank accounts, insurance, and savings.

evaluación que WRMC realice de esta Solicitud, y con mi firma autorizo a mi empleador o a cualquier persona incluida en esta Solicitud para que certifique o proporcione detalles adicionales respecto a la información contenida en esta Solicitud.

También entiendo que es posible que algunos médicos y proveedores no sean empleados de WRMC. Entiendo que podría recibir facturas aparte de esos proveedores, y que esta solicitud de asistencia financiera no se aplicará a esos saldos pendientes.

Signature lines for patient/responsible party, name in print, and date.

For Hospital Use Only. Application information obtained by CHWR Employee in person or over the phone, no patient signature required. Includes field for electronic signature and date.

Notes Regarding Income Verification/Number in the. Field for additional notes.

Form fields for program selection: Patient is part of community care program, Program Name.

RETURN TO: White Rock Medical Center
9440 Poppy Drive
Dallas, Tx 75218
Attn: Monetta Ingram, Revenue Dept Phone: 214-324-6014