

Exhibit A

Southern Humboldt Community Healthcare District – Confidential Financial Statement (Application)

Patient Name _____	DOS: _____
Patient Number _____	<u>Confidential Financial Statement (Application)</u>

RESPONSIBLE PARTY

Name	Marital Status	Social Security Number
Street Address, City, State, Zip	How long at this address	Home Phone
Employers Name and Address (If Unemployed –How Long)		Business Phone
Position / Title	Monthly income – Gross	Monthly income – Net
		Length of current employment

SPOUSE

Name	Social Security Number
Employer Name and Address	Business Phone
Position / Title	Monthly income – Gross
	Monthly income – Net
Length of current employment	

DEPENDENTS

Name & Year of Birth of all persons in household	Total Number of Persons in Household	Do Any Other Persons Contribute? If Yes, Amount: Yes/No _____ Amount _____
--	--------------------------------------	---

INCOME PER MONTH & ASSETS

Dividends, Interest	\$	Child Support / Alimony	\$
Public Assistance / Food Stamps	\$	Rental Income	\$
Social Security	\$	Grants	\$
Unemployment Compensation	\$	IRA	\$
Workers' Compensation	\$	Other	\$
Savings	\$		\$

EXPENSES PER MONTH

Mortgage / Rent	\$	Balance: \$	Medical / Dental	\$
Own Home? (Yes/No)			Doctor – Name	
Food	\$		Doctor – Name	\$
Utilities:			Doctor – Name	\$
Electric	\$		Credit Cards:	\$
Gas	\$		Visa	Limit
Water / Sewer	\$		MasterCard	Limit
Trash	\$		Discover	Limit
Phone	\$		Other	Limit
Cable	\$		Installment Loans	\$
Auto Payments	\$		Child Support	\$
Auto Expenses	\$		Miscellaneous Expenses	\$
Insurance:	\$			\$
Auto Premium	\$			\$
Life Insurance	\$			\$
Health Insurance	\$			\$

OFFICE USE ONLY Gross income _____ Net income _____ Total Expenses _____ Total Net income(loss) _____	To my knowledge the information provided above is true. I authorize a Credit Bureau Report to be secured by the Hospital or its agent to verify my financial standing. _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> PATIENT/GUARANTOR SIGNATURE DATE </div>
--	---

Exhibit A (Spanish)

Southern Humboldt Community Healthcare District- Confidential Financial Statement (Application) in Spanish

Nombre del Paciente _____	OFICINA _____ DOS _____
Número del Paciente _____	DECLARACION CONFIDENCIAL DE ESTADO FINANCIERO

PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____	Estado Civil _____	Número de Seguro Social _____
Dirección, ciudad, estado, código postal _____	¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____	Teléfono de su domicilio _____
Nombre y dirección de su empleador (Si está desempleado, ¿por cuánto tiempo?) _____		Teléfono de su trabajo _____
Empleo/Puesto _____	Ingreso mensual-Bruto _____	Ingreso mensual-Neto _____
Tiempo en su empleo actual _____		

ESPOSA/ESPOSO

Nombre _____	Número de Seguro Social _____
Nombre y dirección del empleador _____	Teléfono de su trabajo _____
Empleo/Cargo _____	Ingreso mensual-Bruto _____
Ingreso mensual-Neto _____	
Tiempo en su empleo actual _____	

DEPENDIENTE

Nombre y año de nacimiento de todos los dependientes que viven en su casa _____	Número total de dependientes que viven en su casa: _____	¿Alguna otra persona contribuye? Si la respuesta es sí, ¿con qué cantidad? : Sí/No _____ Cantidad _____
---	--	--

INGRESO MENSUAL Y ACTIVOS

Dividendos, Intereses \$ _____		Manutención para hijos menores/esposa	\$ _____
Ayuda pública/Cupones de alimentos \$ _____		Ingreso por alquileres	\$ _____
Seguro social \$ _____		Acciones, bonos	\$ _____
Compensación por desempleo \$ _____		Subvenciones (<i>grants</i>)	\$ _____
Compensación por accidente de trabajo \$ _____		Cuenta de jubilación individual (<i>IRA</i>)	\$ _____
Ahorros \$ _____		Otros inmuebles, sin incluir a su vivienda	\$ _____

GASTOS MENSUALES

Pagos de hipoteca/alquiler Saldo \$ _____		Gastos médicos/dentales	\$ _____
¿Es propietario de su vivienda? (Sí/No) : _____			
Alimento \$ _____		Doctor-Nombre	\$ _____
Servicios públicos:		Doctor-Nombre	\$ _____
Electricidad \$ _____		Doctor-Nombre	\$ _____
Gas \$ _____		Tarjetas de crédito::	\$ _____
Agua-Alcantarillado \$ _____		Visa Límite	\$ _____
Recolección de basura \$ _____		Mastercard Límite	\$ _____
Teléfono \$ _____		Discover Límite	\$ _____
Cable \$ _____		Otras Límite t	\$ _____
Pago de vehículos \$ _____		Préstamos a plazo	\$ _____
Gasto de vehículos \$ _____		Manutención para hijos menores	\$ _____
Seguro : \$ _____		Gastos misceláneos	\$ _____
Prima de vehículos \$ _____			\$ _____
Seguro de vida \$ _____			\$ _____
Seguro médico \$ _____			\$ _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Ingresos brutos _____
 Ingresos netos _____
 Total de gastos _____
 Ingreso neto total (pérdida) _____

Hasta donde me es posible saber, la información arriba proporcionada es correcta. Autorizo al Hospital o a su representante, para que obtengan un reporte de crédito para la verificación de mi situación financiera.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA

Exhibit B

Southern Humboldt Community Healthcare District - Confidential Financial Assistance Statement Summary

Hospital: _____
 Patient Name: _____ Patient Number: _____
 Total Charges: _____ Date of Service: _____
 ___ Deceased ___ Homeless Date of Assignment: (if applicable) _____

Coverage

To provide consideration for financial assistance, it is necessary that all other payer resources have been exhausted. Please identify that the patient has been screened, and deemed ineligible for the following potential programs:

- q Medicaid/Medi-Cal q Disability q Supplemental Security Income
- q Insurance Coverage q Third Party Liability q CCS/CDIC
- q County Program q Victims of Violent Crimes q Workers' Compensation

If a partial payment has been made it is to be deducted from total discount recommended:
 Amount paid: \$ _____ by whom _____

Income/Expense Verification

Please identify that income and expense has been verified.

- .. Income Verified. Source: _____
- .. Absence of income attestation. Completed by _____
- .. Statements of assets. (Bank statement copies, etc.)
- .. Mortgage/Rent Statements.
- .. Other living expenses. (Copies of utilities bills, Auto, Insurance)
- .. Patient Signature.
- .. Patient NET WORTH \$ _____

Summary for Charity Care Consideration:

Percentage of FPG: _____ %	Eligible for write-off: YES ___ No ___	Recommendation Amount:
Eligible for Charity Care	q Yes	q No
Eligible for Reduced Payment Rate:	q Yes	q No
Submitted by:		
(Print Name)	(Signature)	(Date)
Phone Number: _____	Supervisor Signature: _____	
.. Confidential Financial Statement .. Worksheet .. Supporting Documents .. Credit Bureau Report		
• Non-Statutory G/L Account # XXXX.XXXX BOM/DPFS: _____ Date _____		• Statutory G/L Account # XXXX.XXXX DPFS Approval: _____ Date _____
Denied q Yes q No Reason _____ DPFS Denied _____ Date _____		