



# CARILION CLINIC

## Financial Needs Assessment Questionnaire

A. Applicant's Name \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
 Current Address \_\_\_\_\_ City, State, Zip \_\_\_\_\_  
 Phone # \_\_\_\_\_ Patient's Name \_\_\_\_\_  
 Applicant's Employer \_\_\_\_\_ Hourly Wage \_\_\_\_\_ # of Hours Per Wk \_\_\_\_\_

B. Spouse's Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
 Employer \_\_\_\_\_ Hourly Wage \_\_\_\_\_ # of Hours Per Wk \_\_\_\_\_

C. Dependents (Age 17 and under living in your household)  
 Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

D. Other Income \$ (Monthly) Pension \$ \_\_\_\_\_ Alimony \$ \_\_\_\_\_  
 Disability \$ \_\_\_\_\_ Child Support \$ \_\_\_\_\_  
 Social Security \$ \_\_\_\_\_ Unemployment \$ \_\_\_\_\_ Other Income \$ \_\_\_\_\_  
 Total Income \$ (Monthly) \_\_\_\_\_ Savings \$ \_\_\_\_\_ (Source) \_\_\_\_\_

E. Financial Obligations \$ (Monthly) Payment Payment  
 Mortgage/Rent: \$ \_\_\_\_\_ Utilities (electric, water, gas, phone): \$ \_\_\_\_\_  
 Auto Loan(s): \$ \_\_\_\_\_ Alimony Paid Out: \$ \_\_\_\_\_  
 Credit Card(s): \$ \_\_\_\_\_ Other (food, fuel, childcare, clothes, etc) \$ \_\_\_\_\_

F. Are you buying or do you own any real estate (house, lot, land, building) or any part interest in real estate?  
 \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No Total value of all real estate \$ \_\_\_\_\_  
 Mortgages Owed \$ \_\_\_\_\_ Does any of your real estate produce income? \_\_\_\_\_  
 Address of Property \_\_\_\_\_

I understand that the information provided in this application will be used to evaluate my ability to pay my medical bills. I agree to cooperate with Carilion Clinic in pursuing reimbursement from any available insurance or medical payment programs. I understand that all or part of my indebtedness to Carilion may be reduced if I qualify under the current Financial Needs Guidelines. I hereby certify that the information contained in this form is accurate, and I authorize any and all parties to release any information necessary to confirm this information. I further authorize and agree that Carilion may obtain credit reports with respect to me. In exchange for Carilion's consideration of this application, I reaffirm that I am financially responsible for the accounts upon which I have applied for assistance.

\_\_\_\_\_  
 Name (Please Print) Signature Date

Please return completed form to:

Carilion Clinic  
 CASB Suite 303  
 PO Box 40032  
 Roanoke, VA 24022-2085



**CARILION  
CLINIC**

**Cuestionario de Evaluación de Necesidades Financieras**

- A. Nombre del solicitante \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección actual \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código \_\_\_\_\_  
 Teléfono # \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Empleador del solicitante \_\_\_\_\_ Sueldo por hora \$ \_\_\_\_\_ # Horas por semana \_\_\_\_\_
- B. Nombre del esposo/a \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Sueldo por hora \$ \_\_\_\_\_ # Horas por semana \_\_\_\_\_
- C. Dependientes (miembros de la familia de 17 años o menor en la casa) *Haga una lista de dependientes adicionales al lado reverso*  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- D. Otros ingresos \$ (por mes) Pensión \$ \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_  
 Incapacidad \$ \_\_\_\_\_ Pensión Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos en total \$ (por mes) \_\_\_\_\_ Ahorros \$ \_\_\_\_\_ (el fuente) \_\_\_\_\_
- E. Obligaciones Financieras \$ (por mes) Pago Pago  
 Hipoteca/Renta: \$ \_\_\_\_\_ Servicios (electricidad, agua, gas, teléfono): \$ \_\_\_\_\_  
 Préstamo(s) para auto: \$ \_\_\_\_\_ Pagos de pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_  
 Tarjeta(s) de crédito: \$ \_\_\_\_\_ Otro (comida, combustible, cuidado de niños, ropa, etc.) \$ \_\_\_\_\_
- F. Está ud, comprando o ya posee bienes raíces (casa, terreno, tierra, edificio) o interés en parte de una propiedad?  Sí  No Valor en total de las propiedades \$ \_\_\_\_\_  
 Deuda en total de hipotecas \$ \_\_\_\_\_ Recibe ingreso/renta de las propiedades? \_\_\_\_\_  
 Dirección de la propiedad \_\_\_\_\_

Entiendo la información que yo entrego en este cuestionario se usará para evaluar mi habilidad de pagar mi cuenta médica. Accedo cooperar con la Clínica Carilion para solicitar reembolso de algún seguro de salud disponible o programas médicos de pago. Entiendo que todo o una parte de mi deuda a Carilion se pueden reducir si califico abajo las pautas financieras actuales. Por la presente certifico que la información entregada en este cuestionario es correcta y exacta, y autorizo cualquier y todos partidos compartir cualquier información necesaria para confirmar la información en este cuestionario. Yo autorizo y accedo que Carilion puede obtener los informes del crédito con respecto a mí. A cambio de la consideración de Carilion de este solicitud, reafirmo que yo tengo todavía la responsabilidad financiera para las cuentas para cual he solicitado asistencia financiera.

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, envíe el cuestionario a

Carilion Clinic  
CASB Suite 303  
PO Box 40032  
Roanoke, VA 24022-2085