Stephens Memorial Hospital
Your Partners in HealthCARE

Financial Assistance Application

Patient Information:

(Informacion del paciente)

Patient Name: *(Nombre)*	**Date of Birth:** *(Fecha de Nacimiento)*
Social Security # : *(Numero de Seguro Social)*	**Phone:** *(Telephono)*
Address: (Domicilio)	**Spouse Name:** *(Nombre de Esposo/Esposa)*
Resident of Stephens County? YES NO *(Residente de Stephens County?) SI NO*	**Spouse Date of Birth**: *(Fecha De Nacimiento)*

Employment Information:

(Informacion de Empleador)

Employer: ***(Empleador)***	**Spouse's Employer:** ***(Empleador de Esposo/Esposa)***
If any other household member is employed, please list their employer: *(Empleador de otros miembros de la casa)*	

Household Information:

(Informacion de casa)

List all household members

(Miembros de casa)

Name *(Nombre)*	**Relationship** *(Relacion)*	**Age** *(Edad)*

Income Information:

(Ingreso de Salario)

Wages (Self) (Social Security Benefits, Unemployment Compensation) *(Salario propio)(Beneficios de Suguro Social) (Compensacion por desempleo)*	$
Wages (Spouse) *(Salario de esposo/a)*	$
Public Assistance + Food Stamps *(Asistencia publica)*	$
Any Other Income (Alimony, Child Support, Military Allotments, Pensions) *(Otros Ingresos)*	$
Total Household Income (*Ingreso total)*	$

Stephens Memorial Hospital
Your Partners in HealthCARE

Signature of Applicant/Guarantor
(Firma de aplicante)

Signature of Spouse (If both are requesting assistance)
(Firma de Esposo/Esposa)

I/we certify that the information provided is true and complete to the best of my/our knowledge. I/we understand that false or incomplete information may affect eligibility for financial assistance. By signing below, I/we authorize Stephens Memorial Hospital District to verify the information provided for the purpose of determining eligibility for assistance. I/we understand that the county and hospital are required by law to keep any information I/we provide confidential.

(Certifico(amos) que la información proporcionada es verídica y completa, a mi(nuestro) leal saber y entender. Comprendo(emos) que la información falsa o incompleta puede afectar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Al firmar a continuación, autorizo(amos) al Stephens Memorial Hospital District a verificar la información proporcionada con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia. Comprendo(emos) que, por ley, el condado y el hospital tienen la obligación de mantener la confidencialidad de cualquier información que yo(nosotros) proporcione(mos).)

Please submit the following documentation with your application:

- Valid Photo Identification
- Proof of Stephens County Residency (e.g., utility bill, lease agreement, official mail)
- Proof of Income (e.g., recent pay stubs, tax return, employer statement)
- Bank Statements (typically last 2–3 months)

Por favor, envie la siguiente documentacion junto con su solicitud:

- Identificación válida con fotografía
- Comprobante de residencia en el condado de Stephens (p. ej., factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, correspondencia oficial)
- Comprobante de ingresos (p. ej., recibos de nómina recientes, declaración de impuestos, constancia del empleador)
- Estados de cuenta bancarios (generalmente de los últimos 2 o 3 meses)

Stephens Memorial Hospital
Business Office
254-559-2241 ext 1700