

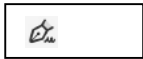
Instrucciones para completar este formulario en línea para enviar por correo electrónico o imprimir.

Los equipos con Windows / Macintosh

Descargar formulario y abierto en Adobe Reader DC. Los espacios en blanco de la forma son rellenables, basta con hacer clic y el tipo. Asegúrese de guardar a seguido. Una vez que haya completado el formulario guardar de nuevo. Para completar la parte de la firma del formulario, es posible realizar una de las siguientes:

- Escriba su firma para correo electrónico
- Haga clic en la opción de relleno y el signo
- Usted puede imprimir el formulario y firmar manualmente.

Si ha hecho clic en la opción de siga estos pasos.

- Seleccione el relleno y la opción de firmar.
- En la parte  superior de la página seleccione el icono.
- Seleccione la opción de firma.
- Usted puede optar por escribir su nombre o seleccione sorteo. Utilizar el ratón y dibujar su nombre. Haga clic en Aplicar. Usted tendrá que mover su firma a la línea de firma con el ratón. Puede que tenga que modificar su tamaño mediante la selección de una caja en una esquina y empujando a encogerse o tirando para agrandar.
- Guardar el documento de nuevo.
- Enviar por correo electrónico a Cathy Good a cgood@lchoakley.com

Android / iPhone

La forma más fácil de completar este formulario es para descargar la aplicación gratuita AdobeFill & Sign.

- Descargar el archivo pdf.
- Cuando las opciones aparecen seleccione Copiar a AdobeFill y sesión.
- Haga clic en la línea de lo que necesita para completar y tipo.
- Para firmar el documento, seleccione la línea de firma y toque el lápiz en la parte inferior de la ventana. Escribe tu nombre.

Envair por correo electrónico a Cathy Good en cgood@lchoakley.com



LOGAN COUNTY HOSPITAL
 NEW FRONTIERS HEALTH
 SERVICES

**FINANCIAL ASSISTANCE
 APPLICATION**

1. SOLICITANTE: _____ CO-SOLICITANTE: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELEFONO: (____) _____ SSN #: _____
 OCUPACION: _____ CO-SOLICITANTE: _____
 EMPLEADOR: _____ ESPOSOA EMPLEADOR: _____
 TELÉFONO# _____ TELÉFONO# _____

2. INGRESOS: ingresos brutos Lista de familia durante los últimos 12 meses:

Salario*	_____
Trabajo por cuenta propia	_____
Seguridad Social	_____
Compensacion por desempleo	_____
Compensación del Trabajador	_____
Pensión	_____
otros Ingresos	_____

* Por favor proporcionar copias firmadas de los últimos dos (2) años Devoluciones ingresos federales y estatales de impuestos y más actuales 90 días de talones de pago para todos los asalariados en el hogar.

3. FAMILY TAMAÑO: _____

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Afirmo la información que he proporcionado es verdadera y exacta y sujeto a la verificación:

Firma del solicitante

Fecha de solicitud

* Devolver esta solicitud al hospital del condado de Logan, 211 Cherry, Oakley, KS 67748.

Sólo para uso oficial

Fecha de solicitud enviada: _____

Por: _____

Fecha de solicitud recibida: _____

Por: _____

4.