



## Rocky Mountain Cancer Centers Financial Assessment

Thank you for taking the time to fill out the financial assessment form with Rocky Mountain Cancer Centers.  
Gracias por tomar el tiempo de llenar la forma financiera de evaluación con Rocky Mountain Cancer Centers.

To insure timely processing of this assessment, we have provided a check list of the items needed by you in order for us to make our determination on your need for financial assistance.

Para asegurar el procesamiento sea oportuno de esta evaluación, nosotros hemos proporcionado una lista de los artículos necesarios para usted en el orden para nuestra determinación en su necesidad para la ayuda financiera.

Income: X 3 Months:

Los ingresos: X 3 Meses

Banking Statements

Estados del banco  X 3 months (most current )  
X 3 meses (la mayoría de las corrientes)

Pay Stubs  X 3 months (most current)  
Comprobante de pagos X 3 meses (la mayoría de las corrientes)

Documentation of:  Child Support – Sustento al niño

Documentation de:  Alimony - Pensión

Rental Properties - Propiedades de renta

Land - Tierra

Additional Income:  Social Security Income  
Ingresos adicionales: Ingresos de Seguro social

IRA's / CD's / 401k

Annuities / Life Insurance Policies  
Las anualidades/Polizass de Seguros de vida

Expenses: X 3 Months:

Los gastos: X 3 Meses

Mortgage/Rent Payments

Pagos de hipoteca/renta

Credit Cards - Tarjetas de crédito

Loans - Préstamos

Auto Loans – Préstamos de Auto

All Insurance policies - Todas las pólizas de seguros

Utilities - Utilidades

Water / Trash / Sewer - Agua/Basura/Alcantarilla

Telephone / Cell Phone - El teléfono/Teléfono celular

Cable / Satellite / Internet - Cable/Satélite/Internet

Current Medical expenses - Gastos Médicos actuales

Again, failure to include this information may delay processing, and a possible denial. - Otra vez, no incluir esta información puede demorar proceso y posible rechazo

Rocky Mountain Cancer Centers Financial Assessment Department – Departamento de sesoramiento financiero de Rocky Mountain Cancer Centers.

303/930-7886



## Rocky Mountain Cancer Centers Financial Assessment

Please complete this worksheet and return it to the RMCC Office as soon as possible in order for us to determine if you qualify for financial assistance. We are sincere in our efforts to assist you in a timely manner while maintaining strict confidentiality. Please include copies of all of your income and expenses documentation in order for us to process this application including three months of current banking institution statements.

Por favor llene esta hoja de cálculo y devuelva a la oficina de RMCC tan pronto como sea posible para que podamos determinar si usted califica para asistencia financiera. Somos sinceros en nuestros esfuerzos de ayudarlo en una manera oportuna al mantener confidencialidad estricta. Incluya por favor copias de toda su documentación de ingresos y gastos en la orden para nosotros procesar esta aplicación inclusive tres meses corriente que deposite declaraciones de banco.

MRN # \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Patient name: \_\_\_\_\_

Nombre paciente

Spouse name: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo

Child/Other: \_\_\_\_\_

Niño/otro:

Child/Other: \_\_\_\_\_

Niño/otro:

Living in Household - Queines Viven en el hogar

Date of Birth \_\_\_\_\_

La fecha del Nacimiento

Date of Birth \_\_\_\_\_

La fecha del Nacimiento

Date of Birth \_\_\_\_\_

La fecha del Nacimiento

Date of Birth \_\_\_\_\_

La fecha del Nacimiento

SS # \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_

U.S. Citizen:  Y  N

Ciudadano de U.S. Si NO

U.S. Citizen:  Y  N

Ciudadano de U.S. Si NO

U.S. Citizen:  Y  N

Ciudadano de U.S. Si NO

U.S. Citizen:  Y  N

Ciudadano de U.S. Si NO

Address \_\_\_\_\_

Dirección

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Condado

Home # \_\_\_\_\_ Alternative Phone# \_\_\_\_\_

Have you applied for Medicaid Benefits?  YES  NO If yes, when: \_\_\_\_\_ What Office/County \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Medicaid Beneficios? SI Si sí, cuando Qué Oficina/Condado

If YES, what is the status of your application? \_\_\_\_\_

¿Si SI, qué es el estatus de su aplicación?

Primary Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy# \_\_\_\_\_

Compañía de seguros primaria numero de poliza

Secondary Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy# \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria numero de poliza

### Employment - Empleo



**Rocky Mountain Cancer Centers  
Financial Assessment**

Company: **Patient:** \_\_\_\_\_  
 compañía: **paciente:** \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 City / State: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado \_\_\_\_\_  
 # of hours worked per week \_\_\_\_\_  
 # de horas trabajadas a la semana \_\_\_\_\_  
 Dates of employment: \_\_\_\_\_  
 Las fechas de empleo \_\_\_\_\_

Spouse: \_\_\_\_\_  
**Esposo (a):** \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 City / State: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado \_\_\_\_\_  
 # of hours worked per week \_\_\_\_\_  
 # de horas trabajadas a la semana \_\_\_\_\_  
 Dates of employment: \_\_\_\_\_  
 Las fechas de empleo \_\_\_\_\_

**Residence - Residencia**

Do you  own  rent your current residence? \_\_\_\_\_  
 ¿ Posee  renta su residencia actual? \_\_\_\_\_  
 Age and relationship of all people who live with you: \_\_\_\_\_  
 Edades y relación de todas las personas que viven con usted \_\_\_\_\_

**Assets - Ventajas**

**Bank Accounts (Checking, Savings & Loan, Credit Unions, Certificate of Deposits, IRA's, Retirement Plans):**  
**Estados de cuenta (Cheques, Ahorros, Préstamo, Uniones de crédito, Certificado de depósito, IRA, Planes de Jubilación)**

**3-Months of current copies of all banking account statements are required with this application.**  
**3 meses de copias actuales de todas las declaraciones bancarias de cuenta que son requeridos con esta aplicación.**

Name of Institution - El nombre de Institución	Type of Account - Tipo de Cuenta	Account #- Cuenta #	Balance – Saldo de cuenta
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Life Insurance:**



**Rocky Mountain Cancer Centers  
Financial Assessment**

**Seguros de vida**

Name of Company - Nombre de la Compañía    Policy Holder -Poseedor de poliza    Amount you can borrow on the policy- Cantidad que puede pedir prestado en la poliza

---

---

**Real Estate owned (including mobile homes, undeveloped land, etc.):**

**Bienes raíces poseyeron (inclusive caravanas, tierra subdesarrollada, etc.)**

Address (including county)- Direccion (incluya condado)    Current value - Valor actual    Loan Balance – Saldo de prestamos    Date will be paid off - La fecha será saldada

---

---

---

**Motor Vehicles owned (including motorcycles, campers, boats, etc.):**

**Los Automóviles poseyeron (incluya motocicletas, campistas, barcos, etc.)**

Year and Make - año y Modelo                      Current Value - Valor actual                      Loan Balance - Saldo de prestamos                      Date will be paid off - La fecha será saldada

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**Other assets or items you own:**





## Rocky Mountain Cancer Centers Financial Assessment

### **Gastos mensuales**

(Expenses must be reasonable for the size of family, location and unique circumstance)

(Los gastos deben ser razonables para el tamaño de la familia, la ubicación y circunstancia extraordinaria)

Rent / Mortgage \_\_\_\_\_  
Rente/Hipoteca \_\_\_\_\_

Groceries \_\_\_\_\_  
Comestibles \_\_\_\_\_  
Outside Child Care \_\_\_\_\_  
Guardería exterior \_\_\_\_\_  
Estimated tax payments \_\_\_\_\_  
Pagos estimados de impuesto \_\_\_\_\_

**Utilities:**

Las utilidades:  
Electricity \_\_\_\_\_  
Electricidad \_\_\_\_\_

Heating oil / natural gas \_\_\_\_\_  
Calefacción el petróleo/gas natural \_\_\_\_\_

Water / Trash \_\_\_\_\_  
Agua/Basura \_\_\_\_\_

HOA payments \_\_\_\_\_  
Pagos de HOA \_\_\_\_\_  
Cable / Satellite / Internet \_\_\_\_\_  
Cable/Satélite/Internet \_\_\_\_\_

Telephone/cell phone \_\_\_\_\_  
Teléfono/teléfono celular \_\_\_\_\_

Alimony/Child Support \_\_\_\_\_  
Pensión/Manutención al niño (Paid by you - Pagado por usted)

Transportation \_\_\_\_\_  
Transporte (Taxi, bus, gas, etc - El taxi, el camión, el gas, etc)

Car Payment \_\_\_\_\_  
Pago de coche \_\_\_\_\_

Medicine \_\_\_\_\_  
Medicina (Not paid by insurance including RX co-payments)  
(No pagado por seguro inclusive co-pagos de medicinas)

Other (please specify) \_\_\_\_\_  
Otro (especifique por favor)

Insurance:  
El seguro:

Auto \_\_\_\_\_

Health \_\_\_\_\_  
Salud (Premiums not paid by employer - Primas no pagado por empleador)

Life \_\_\_\_\_  
Vida (Premiums not paid by employer - Primas no pagado por empleador)

Homeowners/Renters \_\_\_\_\_  
Propietarios/inquilinos

**Monthly medical bill payments:**



**Rocky Mountain Cancer Centers  
Financial Assessment**

**Pagos médicos mensuales de cuenta**

Name of institute: Pagos médicos mensuales de cuenta	Current balance: Saldo actual	Monthly payment amount: Cantidad de mensualidad
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____
6) _____	_____	_____

**Installment Payments: (Bank Loans, Credit Cards, Overdraft Protection, Lines of Credit, Collection agencies, etc.)**

**Los Pagos a plazos: (Préstamos de banco, las Tarjetas de crédito, la Protección de Sobregiro, las Líneas de crédito, agencias de Colección, etc.)**

Name - Nombre	Minimum monthly payments Mensualidades mínimas	Current Balance - Saldo actual
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____

**Total monthly expenses:** \$ \_\_\_\_\_

Los gastos mensuales totales:

Have you been deemed Medically Disabled by the State of Colorado?  YES  NO  
 ¿Ha sido creído Médicamente Incapacitado por el Estado de Colorado? : SI

If YES, how long have you been disabled \_\_\_\_\_  
 Si SI, ¿ cuánto tiempo ha estado incapacitado?

What is your disabling medical condition \_\_\_\_\_  
 ¿Que es su incapacitando condición médica?

Have you applied for disability benefits  YES  NO If yes, please attach proof of disability  
 ¿Ha solicitado beneficios de incapacidad ?  SI  No Si sí, Por favor incluya prueba de incapacidad



**Rocky Mountain Cancer Centers  
Financial Assessment**

**IN ORDER FOR YOUR APPLICATION TO BE PROCESSED IN A TIMELY MANNER AND TO AVOID DELAYS, PLEASE ATTACH COPIES OF YOUR LAST THREE MONTHS EXPENSES LISTED ON YOUR APPLICATION ALONG WITH CURRENT BANKING STATEMENTS**

**En ORDEN PARA SU APLICACION SEA PROCESADA EN UNA MANERA OPORTUNA Y para EVITAR DEMORAS, POR FAVOR JUNTE LOS ULTIMOS TRES MESES GASTOS QUE FIGURAN EN SU SOLICITUD JUNTO CON LOS ESTADOS DE CUENTA ACTUALES**

**I hereby authorize Rocky Mountain Cancer Centers to inquire into my credit history through a credit reporting agency to verify the information I have provided. Please understand that this information will be used solely for the purpose intended and NOT released to any outside agency.**

**Yo autorizo Rocky Mountain Cancer Centers a Solicitar mi historia de crédito por una agencia de cobertura de crédito para verificar la información que he proporcionado. Por favor comprenda que esta información será utilizada únicamente para el propósito destinado y no sera compartido agencia exterior**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Spouse / Guarantor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

El esposo/Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Additional signatures of Adults in the household \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Las firmas adicionales de Adultos en la casa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Received from patient \_\_\_\_\_ Received by RMCC Business Office \_\_\_\_\_

Recibido del paciente \_\_\_\_\_ Recibido por la Oficina del Negocio de RMCC \_\_\_\_\_

(Rev: 03-23-2010)

Please return this application to  
Rocky Mountain Cancer Centers  
7951 E. Maplewood Ave. Suite 300  
Greenwood Village, Co. 80111