

# Solicitud de Asistencia Financiera

County Memorial Hospital KIOWA  
GREENSBURG práctica de la familia

Estimado paciente y la familia:

De acuerdo con su misión y valores fundamentales, Kiowa County Memorial Hospital se compromete a proporcionar asistencia sanitaria a las personas sin importar su capacidad de pago.

**Asistencia financiera:** Las cuentas médicas pueden ser difíciles de pagar. Los pacientes que no tienen seguro de salud y que no pueden pagar la totalidad o parte de sus servicios de atención médica, puede solicitar ayuda financiera completando y enviando el formulario.

**Proceso de solicitud** Para solicitar ayuda financiera, completa y envía el formulario al Hospital Kiowa County Memorial / Greensburg Family Practice 721 W Kansas, Greensburg, KS

***La siguiente información debe ser incluida con la aplicación:***

- Dos (2) de impuestos federales del año anterior devuelve - Formulario 1040 y si es autónomo añadir el Anexo C documentación.
- Dos (2) del año anterior W-2
- Las copias de la información de ingresos más reciente para cada persona en el hogar que incluye recibos de pago, la Seguridad Social, desempleo, jubilación, pensiones, etc. (últimos 3 meses)
- Si el hogar está recibiendo el apoyo financiero de la familia o amigos, presentar una carta detallando el apoyo de la parte que preste asistencia. También podemos solicitar prueba de ingresos dependiendo del nivel y la duración de la asistencia.
- El pasado 3 meses de extractos de cuenta
- **carta de determinación KanCare (Medicaid). Si usted no ha solicitado favor hacerlo llamando al (620) 723-3321 o parando en 116 South Pine, KS 67054 Greenburg.**

**¿Preguntas?** Por favor llame a nuestra oficina de negocios

620-723-3341 Lunes - Viernes 08 a.m.-5 p.m.

Esta solicitud completa, incluyendo la información de apoyo, deben ser devueltos dentro de 14 días siguientes a la recepción.

Mediante la presentación de solicitud de la ayuda, los pacientes dan Kiowa County Memorial Hospital / Greensburg Family Practice / Clínica Haviland consentimiento realizar investigaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras o referencias.

## I. Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE ÚLTIMO		PRIMER O	MI	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
HABLA A	CALLE	CIUDA D	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	teléfono de su casa TRABAJO
FECHA DE NACIMIENTO	Médico de atención primaria (PCP)			CIUDADANO ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

## II. Información garante

NOMBRE de la persona responsable de pagar la cuenta				RELACIÓN	
HABLA A	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
NÚMERO DE TELÉFONO	CASA	TRABAJO	CIUDADANO ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE NACIMIENTO	

Por favor marque esta casilla si tiene servicios no recibidos y está solicitando para precalificar.

¿Ha sido aprobado para asistencia financiera por otra organización de atención médica?  SI  NO

En caso afirmativo, indique el nombre de la organización \_\_\_\_\_

¿Está siendo referido por un médico o cirujano?  SI  NO

En caso afirmativo, indique el nombre y el teléfono del número de médico \_\_\_\_\_

## III. Información del hogar - Sírvanse indicar todas las personas que viven en su hogar, incluyendo al solicitante utilice papel adicional si es necesario

Por favor liste cualquier persona que viva en su hogar (incluido usted mismo). Los ingresos incluyen salarios (antes de impuestos), los ingresos de manutención infantil, pensión alimenticia de ingresos, los ingresos por alquiler, compensación por desempleo, prestaciones de seguridad social o de asistencia pública / gubernamental.

LOS MIEMBROS DEL HOGAR	AÑOS	RELACIÓN AL PACIENTE	Fuente de ingresos o NOMBRE DEL EMPLEADOR	Ingreso bruto mensual Antes de la fecha DE SERVICIO	¿ASEGURADO? (Círculo sí o no) Si es así, el seguro de la lista (es decir, Cruz Azul, PHP, etc.)
1.					Si o no
2.					Si o no
3.					Si o no
4.					Si o no

Si se necesita espacio adicional lugar adjunta en la página separada.

IV. La información requerida - debe ser incluido con esta solicitud

Por favor, compruebe que ha incluido la siguiente:

- Copia de 2 anterior
- Verificación de ingresos que muestra las ganancias o  
declaraciones de impuestos del año      comprobante de sueldo de todo el año los ingresos hasta la fecha

V. Autorización

Por la presente certifico que la información contenida en el cuestionario financiero anterior es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

X

FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA