



CLAY COUNTY  
**MEDICAL CENTER**

*Our Family. Caring for Yours.*

Clay County Medical Center  
Attn: The Midland Group  
617 Liberty Street  
P.O. Box 512  
Clay Center, Kansas 67432

PH: (785) 630-2479  
FAX: (785) 630-5262  
WEB: [www.ccmcks.org](http://www.ccmcks.org)

## **Solicitud de Asistencia Financiera**

Para ayuda, contacte al representante de ayuda financiera:

Sandra Otero al 785-330-7272 (español) Darla Riffel at 785-630-2479

Fecha de Distribución:	Devolver antes del:
------------------------	---------------------

	Solicitante (Paciente/Garante)	Cónyuge/Pareja
Nombre		
Dirección		
Ciudad, Estado, Código Postal		
Número telefónico de casa		
Otro número telefónico		
Número de seguro social		
Fecha de nacimiento		
Ocupación		
Empleador		
No. de personas en el hogar		

Certifico que esta información es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Asimismo, aplicaré para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, Medikan, seguro, etc.) que esté disponible para pago de mi cargo hospitalario, y tomaré toda acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada por cargos hospitalarios.

Comprendo que esta solicitud se hace para que el hospital pueda decidir sobre mi elegibilidad para asistencia financiera o para un plan extendido de pago. Si parte de la información que he brindado resultara falsa, entiendo que el hospital podría reevaluar mi situación financiera y tomar la acción que sea apropiada.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------



**CLAY COUNTY  
MEDICAL CENTER**

*Our Family. Caring for Yours.*

Clay County Medical Center  
Attn: The Midland Group  
617 Liberty Street  
P.O. Box 512  
Clay Center, Kansas 67432

PH: (785) 630-2479  
FAX: (785) 630-5262  
WEB: www.ccmcks.org

**FORMA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el solicitar información a:

Solicitud de transcripción de declaración de impuestos, del Dpto. del Tesoro – Forma IRS 4506-T  
 DCF (Departamento de Niños y Familias) para que envíe a Clay County Medical Center, copias de mi CPS1, CAP2, historial de beneficio de estampillas de comida y de ayuda económica. Favor enviar por fax al 785-630-5262 con atención a Teresa Cyre.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Nombres de miembros adicionales del hogar	Fecha de nacimiento	No. de seguro social	Relación

**Verificación de ingresos mensuales – para TODOS los miembros del hogar**

*\*Presentar prueba de ingreso y declaración de impuestos del año anterior*

Salario	\$	Trabajo por cuenta propia	\$
Seguro social	\$	Jubilación (pensión)	\$
Desempleo	\$	Compensación por accidente de trabajo	\$
Pensión conyugal alimenticia	\$	Manutención de menores	\$
Asistencia económica DCF	\$	Estampillas de comida	\$
Ingreso por alquiler	\$	Becas	\$
Inmuebles/Fideicomisos	\$	Apuestas/Lotería	\$
Dividendos o intereses	\$	Otros	\$

Total: \$ \_\_\_\_\_

¿Por qué está solicitando asistencia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lista de verificación**

- Solicitud completa y firmada.
- Comprobantes de ingreso del hogar, de todo el año hasta la fecha – o de los últimos 3 meses.
- Declaración de impuestos federales más reciente.
- Revisión completa sobre responsabilidad de pago de una tercera parte (si corresponde).