

Solicitud de Asistencia Financiera

Para obtener asistencia, comuníquese con los Representantes de Cuentas de Pacientes:
Sharon Wachsnicht al x 471

Fecha de Distribución:	Devolver el: (20 días a partir de la Distribución)
------------------------	---

	Solicitante (Paciente/Garante)	Cónyuge/Pareja
Nombre		
Calle		
Ciudad, Estado, Código Postal		
Número de Teléfono de la casa		
Otro Número de Teléfono		
Número de Seguridad Social		
Fecha de Nacimiento		
Ocupación		
Empleador		
No. de Personas en el Hogar		

Según mi leal saber y entender certifico que la información anterior es verdadera y precisa. Además, haré la solicitud por cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, Medikan, Seguro, etc.) que esté disponible para el pago de mi cargo hospitalario, y tomaré toda acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y cederé o pagaré al hospital el monto recuperado por los cargos hospitalarios.

Entiendo que esta solicitud se hace para que el hospital pueda juzgar mi elegibilidad para la asistencia financiera o para un plan de pago extendido. Si parte de la información que he brindado resultara falsa, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi condición financiera y tomar cualquier acción que se considere apropiada.

Firma del Solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____, doy permiso para solicitar información a:
 ___ Solicitud de Transcripción de Declaración de Impuestos del Depto. del Tesoro – formulario IRS 4506-T
 ___ DCF (Departamento del Menor y la Familia) para enviar por fax una copia de mi CPS1, CAP2, Historial de Beneficio de Estampillas de Alimentos, e Historial de Beneficios en Efectivo para el Centro Médico del Condado de Clay. Por favor, envíe por fax la información al 785-632-3352/ATTN: _____
 Firmado: _____ Fecha: _____ No.SS. _____

Nombres adicionales de los Miembros del Hogar	Fecha de Nacimiento	N° de Seguro Social	Relación

Verificación de Ingreso Mensual – para TODOS los miembros del hogar

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

Salario	\$	Trabajo por Cuenta Propia	\$
Seguro Social	\$	Pensión	\$
Desempleo	\$	Indemnización de Trabajadores	\$
Pensión Alimenticia	\$	Cuota Alimentaria	\$
Asistencia en Efectivo SRS	\$	Estampillas para Alimentos SRS	\$
Ingreso de Alquileres	\$	Becas	\$
Bienes/Fideicomisos	\$	Juegos de Azar/Lotería	\$
Dividendos o Interés	\$	Otro	\$

Total: \$ _____

¿Por qué está solicitando asistencia? _____

¿Cuál es su expectativa sobre el plan de pago?

Lista de control de la Solicitud

- Solicitud completa y firmada.
- Comprobante del ingreso del hogar de todo el año hasta la fecha – o del ingreso de los últimos 3 meses
- Declaración más reciente del impuesto Federal.
- Revisión completa del ente tercero responsable del pago (si corresponde)