

Kearny County Hospital

Family Health Center



Documentos Necesarios para la Asistencia Financiera de FHC/KCH

Necesitaremos al menos una de las siguientes fuentes de ingresos.

- Declaración de impuestos actual * preferido*
- W-2 reciente*
- Talones de pago-Los ultimos 3 meses*
- Discapacidad/ Prueba de la discapacidad cantidad mensualmente*
- Documento de Seguridad Social que muestra lo que reciben mensualmente*

*** Excluye ultrasonidos, suministros, dispositivos, medicamentos nucleares, resonancias magnéticas (MRI), y especialistas externos.**

**** Las solicitudes de ayuda financiera pueden presentarse antes, durante o después de un episodio de atención. El paciente/familia debe presentar una solicitud **completa** con documentación dentro de los 60 días posteriores a la fecha de servicio. Las determinaciones de elegibilidad normalmente se harán dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.**

Kearny County Hospital

Family Health Center

Solicitud de Asistencia Financiera

Información del Jefe de hogar:

 Apellido Primer Nombre Inicial Media # de Seguro Social Fecha de Nacimiento

 Dirección de la Calle Ciudad Estado Código postal

 Dirección de Correo Ciudad Estado Código postal

Por favor, marque la casilla correspondiente: Soltero(a) Casado(a) Pareja Conviviente
 Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono de trabajo: _____

Información del empleador:

 Nombre del Empleador

 Dirección del Empleador Ciudad Estado Código postal

Por favor indicar todas las personas que viven en el hogar, incluyendo al solicitante. Indicar a quien reclama en su declaración de impuestos: (Utilice hoja adicional si es necesario)

| Nombre | Relación al solicitante | Fecha de Nacimiento | Número del Seguro Social | Dependiente de impuesto (Si/No) |
|--------|-------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1. | YO | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

¿Los servicios son relacionados con la compensación de trabajadores o reclamación de accidente de vehículo de motor? SI No

¿Hay alguien en su hogar: (Marque todas las que correspondan)

- Embarazada ¿Quien? _____
- ¿Es víctima de un crimen que causo lesiones? ¿Quien? _____
- Deshabilitado ¿Quien? _____
- No es un ciudadano de los EE.UU. ¿Quien? _____

Si es Residente Permanente Legal, ¿cuantos años? _____ Estado migratorio: _____

¿Tiene o piensa presentar una demanda por lesiones personales para compensar por las lesiones recibidas? Sí No

¿Ha solicitado Medicaid? Sí No

Fecha aplicada: _____ Fecha denegado: _____

INFORMACION MENSUAL SOBRE INGRESOS DEL HOGAR:

| | Paciente | Cónyuge / co-solicitante |
|---|---|--------------------------|
| Ingreso antes de impuestos | | |
| Ingreso de negocio propio | | |
| Desempleo | | |
| Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario (Por favor especifique) | | |
| Jubilación (Pensión, Anualidad) | | |
| Pensión alimenticia/Manutención de Menores | | |
| Intereses y dividendos de cuentas de inversión | | |
| Los ingresos por alquiler de inmuebles | | |
| Otros Ingresos | | |
| Ingresos Totales | \$ | \$ |
| | El ingresos total de los hogares | \$ |

INFORMACION MENSUAL SOBRE GASTOS DEL HOGAR:

| Total | | Total | |
|-------------------------|--|--|-----------|
| Hipoteca/alquilar | | Compra de comida | |
| electricidad | | Pago del coche (\$) | |
| Gas domestico | | Guardería | |
| Agua/alcantarilla | | Manutención de los hijos/Pensión alimenticia | |
| Teléfono/teléfono móvil | | Préstamos estudiantiles | |
| Cable/ Internet | | Gastos médicos | |
| | | Gasto total de los hogares | \$ |

| Bienes (activos) | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Cosas personales | Valor estimado | Efectivo o equivalente | Valor estimado | Inversiones | Valor estimado |
| Casa | | Cuenta de cheques | | Cuenta de retiro | |
| Vehículo | | Cuenta de ahorros | | Fondos de Inversión | |
| Vehículo | | Certificados de depósito | | Granja o de negocios | |
| Muebles y equipo | | Seguro de Vida (valor efectivo) | | | |
| Segunda residencia o propiedad | | Otro | | | |
| Otro | | | | | |
| Bienes Total | \$ | | | | |
| Bienes líquidos Total | \$ | | | | |

| Las Obligaciones | | |
|--|-----------------------------|--------------------|
| Los saldos de préstamos | Estimado de la deuda | Mensualidad |
| Préstamo hipotecario | | |
| Préstamo con garantía hipotecaria | | |
| Los préstamos de coche | | |
| Préstamos de bienes raíces | | |
| Préstamos estudiantiles | | |
| Otros préstamos | | |
| Otras Deudas Pendiente | | |
| | | |
| | | |
| Las obligaciones Totales | \$ | |
| Mensual de la deuda total de los pagos | | \$ |
| Precio Neto Estimado | \$ | |

Estoy solicitando ayuda financiera con el Hospital del Condado de Kearny. Yo entiendo que es la expectativa del Hospital del Condado de Kearny que los pacientes utilizan todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus cuentas médicas antes de considerar o de concesión de la ayuda financiera. La información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos complementarios son verdaderas y completas. Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que el Hospital del Condado de Kearny para verificar mi empleo con el propósito de determinar la elegibilidad para la ayuda financiera. Entiendo que el Hospital del Condado de Kearny puede solicitar una prueba más específica de cualquier información sobre este FAA y los documentos de apoyo se proporcionará a petición. Si cualquier información en este FAA y los documentos de apoyo se encuentra que es falsa, engañosa o incompleta, se le denegará mi solicitud de ayuda. Hospital del Condado de Kearny se reserva el derecho de volver a evaluar y / o revertir los eventos relevantes de designación de servicio de caridad no se da a conocer, o información fue falsificado o deliberadamente retenido, o si yo (o mis herederos) hacen que la demanda de un archivo de una acción civil contra una tercero por lesiones personales o daños), incluyendo los gastos médicos / gastos). Entiendo y acepto que cualquier ayuda financiera concedida por el Hospital del Condado de Kearny no puede ser utilizado por mí o mis representantes legales en cualquier negociación, los asentamientos o demanda con el fin de potenciar una indemnización por daños monetarios. Si esto ocurre, estoy de acuerdo en que el Hospital del Condado de Kearny tiene derecho a revertir cualquier designación de servicio de caridad y llevar a cabo los cargos completos. El abajo firmante acepta que el hospital más aún que prestó servicios médicos al paciente antes mencionado puede presentar y mantener un gravamen hospital antes o después de la ayuda financiera se concederá a todas las fuentes potenciales de recuperación.

Firma del Aplicante

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

Un asesor financiero está disponible Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm . Para asistencia llame al (620)355-7111 ext . 5403. * Se Habla Español.

Devuelva la solicitud completa a:

Kearny County Hospital
Attn: Financial Counselor
500 E Thorpe St
Lakin, KS 67860
Fax: 620.355.8627