



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Indique el número de cuenta y el nombre del centro para cada cuenta para la que se solicita Asistencia Financiera:

Número de cuenta	Nombre del centro	Número de cuenta	Nombre del centro
Número de cuenta	Nombre del centro	Número de cuenta	Nombre del centro
Número de cuenta	Nombre del centro	Número de cuenta	Nombre del centro

Paciente/Garante	Número de seguro social
Dirección	Número de teléfono
Ciudad Estado Código Postal	Fecha de nacimiento

Nombre del cónyuge	Número de seguro social
Dirección	Número de teléfono
Ciudad Estado Código Postal	Fecha de nacimiento

Nombres y edades de las personas que viven en el hogar:

Nombre	Edad	Relación	¿Reclama usted a esta persona para efectos de impuestos?



Ingresos:

Empleador del Paciente/Garante					
Dirección			Número de teléfono		
Ciudad	Estado	Código postal	Puesto		
Ingreso bruto		Hora/semana/mes	Ingreso neto		Hora/semana/mes

Empleador del cónyuge					
Dirección			Número de teléfono		
Ciudad	Estado	Código postal	Puesto		
Ingreso bruto		Hora/semana/mes	Ingreso neto		Hora/semana/mes

Otros ingresos:

Fuente	Bruto	Neto	Hora/semana/mes

Financiero:

Tipo de cuenta	Nombre del banco/compañía	Saldo
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
Cuenta de inversión		
Otras cuentas		



Gastos:

Fuente	Pago mensual	Deuda contraída con	Saldo
Hipoteca/alquiler			
Préstamo de automóvil			
Préstamo de automóvil			
Muebles/Electrodomésticos			
Tarjeta de crédito			
Tarjeta de crédito			
Gas (para el hogar)			
Agua			
Electricidad			
Teléfono			
Teléfono celular			
Televisión por Cable			
Gasolina (automóvil)/pasaje autobús)			
Cuidado de niños			
Seguro			
Seguro			
Comestibles			
Medicamentos recetados			
Médico/Clínica			
Médico/Clínica			

Propiedad:

	Fecha de compra	Fecha de compra
Ubicación de la casa		
Ubicación del terreno		

	Año	Marca/Modelo	Valor actual
Automóvil:			
Automóvil:			
Automóvil:			
Vehículo recreativo:			



Explique su situación actual y su necesidad de Asistencia Financiera: (si necesita espacio adicional, continúe en una página separada).

Declaración jurada

La información contenida en esta solicitud de asistencia financiera, en lo que concierne a mi situación financiera, es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que se proporciona en este documento es con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera y que la información falsa o incompleta resultará en mi descalificación para recibir asistencia financiera.

Acepto otorgar al hospital acceso a los expedientes necesarios para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que la elegibilidad para recibir asistencia financiera no se aprobará hasta que se realice la verificación de mi situación financiera, y que cualquier cambio o corrección que se encuentre será aplicada a la solicitud antes de que se realice la determinación de elegibilidad.

También entiendo que si mi solicitud de asistencia financiera no se aprueba con base en los criterios presentados en este formulario, puedo solicitar la aprobación especial del hospital y de la Junta Directiva, y también a través del Presidente. Entiendo que su decisión se tomará únicamente sobre la base de circunstancias extraordinarias que se apliquen a mi caso, y que su decisión será definitiva.

También verifico que todas las otras fuentes de fondos que pueden estar disponibles para el pago de estos gastos médicos se han agotado, incluyendo todos los fondos médicos estatales o federales. Sin embargo, si hubiera fondos disponibles de cualquier fuente pública o privada para cubrir cualquier gasto médico que pudiera estar asociado con la atención que es la base de esta solicitud, acepto solicitar dichos fondos. También autorizo a Pratt Regional Medical Center a buscar dichos fondos y/o presentar una solicitud en mi nombre, compartiendo cualquier información que haya presentado aquí. Autorizo a Pratt Regional Medical Center, PRMC Clinic Services, South Central Kansas Bone & Joint Center, Pratt Internal Medicine Group, Kinsley Rural Health Clinic, St. John Clinic, Farmer Clinic, Sylvia Rural Health Clinic y Surgicenter a realizar/compartir cualquier consulta de crédito/información que consideren necesaria en conexión con esta solicitud o en el curso de la revisión o cobro de cualquier crédito otorgado en virtud de esta solicitud. Autorizo e instruyo a cualquier persona o agencia verificadora de crédito del consumidor a recopilar y proporcionar al hospital(es) cualquier información que pueda tener u obtener en respuesta a tales consultas de crédito y acepto que los mismos seguirán siendo su propiedad ya sea que el crédito se conceda o no. Acuso recibo del aviso impreso a continuación proporcionado por el hospital(es) en el momento en que se realiza esta solicitud. Además, por medio de la presente ratifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y se dan con el propósito de obtener asistencia financiera.

Firma del paciente/garante

Fecha

Firma del cónyuge (si está casado)

Fecha