



| | | | |
|---|---|--|--|
| SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA | | Envíe la solicitud completa y todos los documentos de respaldo requeridos a: Pratt Regional Medical Center 200 Commodore St. Pratt, KS 67124 | |
| MRN# | | | |
| Garante # | | | |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | |
| Nombre del paciente: <small>(nombre, inicial segundo nombre, apellido)</small> | | ¿Es el paciente ciudadano estadounidense? ¿Residente permanente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de nacimiento del paciente: | | # Seguro Social del paciente | |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO | | | |
| ¿Está el paciente cubierto por un seguro de salud? | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿El paciente ha solicitado los beneficios de Medicaid en los últimos 6 meses? | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si no, explique por qué: | | | |
| ¿Se le han negado los beneficios de Medicaid al paciente en los últimos 6 meses? | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <i>Si al paciente se le negaron los beneficios de Medicaid en los últimos 6 meses, adjunte una copia del aviso de denegación</i> | | | |
| ¿Tiene el paciente pendiente alguna demanda, arreglo, reclamo por lesión personal, compensación laboral o reclamo de responsabilidad? | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Marque todas las casillas que correspondan al paciente y adjunte la documentación de respaldo | | | |
| <input type="checkbox"/> | Paciente elegible para Medicaid pero no en la fecha del servicio, o no elegible para servicios no cubiertos | | |
| <input type="checkbox"/> | Paciente fallecido | Fecha de muerte: | |
| <input type="checkbox"/> | Paciente encarcelado | Fecha de encarcelamiento: | |
| <input type="checkbox"/> | Paciente sin hogar | Explique: | |
| INFORMACIÓN DEL GARANTE | | | |
| Relación del garante con el paciente: | | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> | Otro (explicar): | | |
| Nombre del garante: <small>(nombre, inicial segundo nombre, apellido)</small> | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| # casa del garante: | | # celular: | |
| Número de Seguro Social del garante: | | Fecha de nacimiento del garante | |
| Tamaño del hogar: | | Estado civil: | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado |
| Estado de Empleo: | | Divorciado | <input type="checkbox"/> Legalmente separado |
| <input type="checkbox"/> | Tiempo completo | <i>Si está legalmente separado, adjunte notificación de separación legal</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Tiempo parcial | Viudo | |
| <input type="checkbox"/> | Trabajador por cuenta propia | | |
| <input type="checkbox"/> | Desempleado <i>(Si está desempleado, indique las fechas de desempleo en la sección a continuación)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> | Estudiante <i>Si es un estudiante y depende de préstamos estudiantiles para pagar los gastos básicos de vida, proporcione copias de los montos y asignaciones de los préstamos estudiantiles.</i> | | |
| Nombre y dirección del empleador: | | | |
| Fecha contratación: | | ¿Con qué frecuencia le pagan? | Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> |
| ¿Es usted declarado como dependiente en los impuestos de otra persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mensual <input type="checkbox"/> | Semi mensual <input type="checkbox"/> |
| Salario mensual bruto: | | Desde: | A: |

| INFORMACION DEL CÓNYUGE | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|---|---|--------------------------------------|---|--|--|
| Nombre del cónyuge: (nombre, inicial segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | |
| Número de Seguro Social del cónyuge: | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | |
| Estado de empleo: | | <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Medio tiempo | <input type="checkbox"/> Trabajador cuenta propia | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Desempleado | | | |
| Si está desempleado, indique las fechas del período de desempleo: | | | | Desde: | | A: | | | |
| Nombre y dirección del empleador: | | | | | | | | | |
| Fecha contratación: | | ¿Con qué frecuencia le pagan? | | | Semanal <input type="checkbox"/> | | Quincenal <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | Mensual <input type="checkbox"/> | | Semi mensual <input type="checkbox"/> | | |
| ¿El cónyuge es declarado como dependiente en los impuestos de otra persona? | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Salario mensual bruto del cónyuge: | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (si son más de 6 usar una página separada) | | | | | | | | | |
| Nombre completo: (nombre, inicial segundo nombre, apellido) | | | Fecha de nacimiento: | | Relación: | | ¿Reclamado en impuestos? | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| INFORMACIÓN DE INGRESOS TOTALES (ingrese montos mensuales) | | | | | | | | | |
| Salarios Brutos: \$ | | Compensación laboral: \$ | | | | | | | |
| Pensión/Retiro: \$ | | Desempleo: \$ | | | Misc.: \$ | | | | |
| Ingreso de alquiler: \$ | | Pensión alimenticia/manutención infantil: \$ | | | | | | | |
| Beneficios deveteranos: \$ | | Intereses/Dividendos: \$ | | | | | | | |
| Discapacidad a corto/largo plazo: \$ | | SSI/SSDI Seguro Social: \$ | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE PROPIEDADES | | | | | | | | | |
| Tipo: | | Mensualidad: | | Valor estimado: | | Balance adeudado: | | | |
| Casa primaria | | | | | | | | | |
| 2nda hipoteca | | | | | | | | | |
| Secundaria/casa de vacaciones | | | | | | | | | |
| Alquiler | | | | | | | | | |
| Tierra | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE AUTO / MOTOCICLETA / RV / BARCO / JET SKI / TRAVEL TRAILER /ETC/ | | | | | | | | | |
| Tipo / Marca / Modelo / Año: | | | Mensualidad: | | Valor estimado: | | Balance adeudado: | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| INFORMACION DE ACTIVOS MONETARIOS | | | | | | | | | |
| Saldo de cuenta corriente \$ | | Saldo de ahorro \$ | | | CD \$ | | | | |
| Acciones / Bonos \$ | | IRA \$ | | 401k \$ | | | | | |
| 403b \$ | | Otros (HSA / FSA) \$ | | | | | | | |
| <p>Certificación: al firmar a continuación, certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información puede ser revisada junto con un informe de crédito, y además entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en la solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera y cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser anulada y seré responsable de las facturas médicas.</p> | | | | | | | | | |
| Firma del garante: | | | | | Fecha: | | | | |
| Cónyuge (si corresponde): | | | | | Fecha: | | | | |



Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera

Complete la Solicitud de asistencia financiera y adjunte copias de cada uno de los siguientes: (tenga en cuenta que es importante que envíe fotocopias de estos documentos y no los originales, ya que no podemos devolverle los documentos originales)

- Los dos talones de pago más recientes de su(s) empleador(es) actual(es)
- Los dos talones de pago más recientes del o los empleadores actuales de su cónyuge (si corresponde)
- Los dos estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas corrientes y de ahorro pertenecientes a usted y/o su cónyuge
- Declaración de impuestos federales del año pasado (si no presentó la declaración de impuestos, explique por qué en el espacio provisto a continuación)
- Estado de cuenta reciente de 401k / Retiro / CD / etc.
- Estado de cuenta de beneficios de desempleo más reciente
- Estado de cuenta de impuestos a la propiedad más reciente
- La más reciente carta de beneficios de Seguro Social/discapacidad
- Estado de saldo de hipoteca más reciente
- Si no está trabajando y depende de la ayuda de otros para sus necesidades básicas de vida, proporcione una carta de las personas que lo están ayudando, explicando cómo lo han ayudado.
- Si depende de préstamos estudiantiles para gastos de vida, presente prueba de las 2 asignaciones de préstamos más recientes del semestre
- Si el paciente no es ciudadano de los EE. UU., pero es residente permanente, proporcione una copia de su tarjeta de residente de EE. UU.

Escriba una carta en el espacio provisto a continuación para describir su situación financiera actual y por qué no puede pagar su saldo o hacer pagos mensuales. Por favor sea específico. (Use una hoja separada si es necesario)

| | | | |
|---------------------------|--|---------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Firma del garante: | | Fecha: | |