

**SOLO SE ACEPTAN COPIAS - NO ENVÍE ORIGINALES. NO ESTÁ PERMITIDO HACER COPIAS AQUÍ UTILICE Y DEVUELVA ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ASEGURARSE DE QUE TODOS LOS ELEMENTOS SOLICITADOS SE TENGAN EN CUENTA**

- Las declaraciones del impuesto sobre la renta del último año (**DEBE presentar una copia completa de todas las páginas del formulario 1040, no podemos aceptar resúmenes. También DEBE incluir todos los formularios y los documentos de respaldo**). (Si no dispone de ninguno, explique):  
\_\_\_\_\_
- Estados de cuenta de todas las cuentas bancarias de los últimos 2 meses: cuentas de cheques, cuentas de ahorro, cuenta 401K, certificados de depósito, contratos de arrendamiento de petróleo y gas, cuentas de inversión. **DEBE incluir TODAS LAS PÁGINAS del estado de cuenta, no solo la primera página. MUY IMPORTANTE: si un depósito que realizó en su estado de cuenta no figura en la nómina, escriba el origen de los fondos junto al depósito. Si no dispone de cuentas bancarias, indíquelo aquí** \_\_\_\_\_
- Certificación de ingresos de los últimos **2 meses** (incluidos la nómina de pago regular, la jubilación, la pensión, las comisiones, los bonos, los subcontratos, las ventas o cualquier otro tipo de ingreso que reciba)
- Carta o declaración oficial de desempleo (si corresponde)
- Carta de concesión** oficial del seguro social o de los beneficios del seguro social por discapacidad del **AÑO EN CURSO** (si corresponde). **No podemos utilizar los estados de cuenta para verificar el importe, ya que este solo corresponde al importe neto.**
- Documentación de manutención de menores recibida (si corresponde). Puede obtener esta información desde el sitio web de KPC. Envíenos una copia impresa.

- La carta adjunta que explica su situación y su necesidad de obtener asistencia financiera debe estar completa.
- Se debe completar el informe financiero mensual adjunto en su totalidad. Escriba N/A en los casilleros de los elementos que no aplican.
- La solicitud se debe completar en su totalidad y **debe estar firmada por todas las partes responsables. SI ESTÁ CASADO, SU CÓNYUGE TAMBIÉN DEBE FIRMAR.**



## Formulario de solicitud para el Programa de asistencia financiera

**Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, póngase en contacto con el representante de cuentas del paciente al (620) 432-5324.**

**No deje ningún casillero ni ninguna pregunta en blanco. Si alguna sección o pregunta no aplica, escriba N/A al lado del artículo. Gracias.**

### 1. Información sobre la solicitud:

Apellido                      Nombre Inicial del segundo nombre	Número de control secuencial para la asistencia financiera (solo para uso hospitalario)
Dirección	Números de teléfono: Particular _____ Laboral _____ Celular _____
Ciudad                      Estado                      Código postal	Dirección postal (si es diferente a la dirección)
Fecha de nacimiento	Masculino ___  Femenino ___

### 2. Si la solicitud es para otra persona, complete esta sección:

Apellido                      Nombre Inicial del segundo nombre	Parentesco con el solicitante:
Dirección	Números de teléfono: Particular _____ Laboral _____ Celular _____
Ciudad                      Estado                      Código postal	Dirección postal (si es diferente a la dirección)

### 3. Información familiar: Enumere las personas que viven con usted. Incluya a su cónyuge, los hijos a cargo menores de 18 años y cualquier persona con la que comparta su vivienda.

Nombre del integrante de la familia	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo	Embarazo
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___

			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___
			M ___ F ___	S ___ N ___

**4. Responda todas las preguntas a continuación:**

S N		S N	
¿Se encuentra sin hogar?		¿Está desempleado?	
¿No cuenta con seguro?		¿Está asegurado? Si su respuesta es Sí, a continuación proporcione información sobre el seguro: _____	
¿Está divorciado?		¿Está casado legalmente?	
¿Es viudo?		¿Es discapacitado?	
¿Está embarazada?		¿Tiene 17 años o menos?	
¿Es estudiante? Jornada completa o media jornada _____		¿Tiene 65 años o más?	
¿No cuenta con seguro y sufre una afección preexistente?		¿Perdió su seguro recientemente porque perdió el empleo?	
¿Tiene una solicitud de seguro médico pendiente con Medicaid?		¿Tiene una solicitud de seguro médico pendiente con Medicare?	
¿Se le negó Medicaid recientemente? Si su respuesta es Sí, proporcione la carta con los motivos.		¿Se le negó Medicare recientemente? Si su respuesta es Sí, proporcione la carta con los motivos.	
¿Recibió atención médica y está solicitando el Programa de asistencia financiera (Financial Assistance Program, FAP) debido a lesiones que sufrió por ser víctima de un delito?		¿Está desempleado desde hace 1 año o más y sufre una afección médica o psicológica?	
¿Está solicitando asistencia financiera debido a que sufrió un accidente laboral?		¿Está solicitando asistencia financiera debido a que sufrió un accidente? Si la respuesta es Sí, ¿se presentó el seguro? _____	
¿Es un trabajador indocumentado que tuvo una emergencia médica?		¿Le diagnosticaron tuberculosis?	
¿Le diagnosticaron cáncer de mama o de cuello uterino a través de una clínica		¿Una o más personas le comparten sus ingresos o	

<b>o un centro de «detección temprana»?</b>		<b>bienes de algún modo y le brindan ayuda económica o física?</b>	
<b>Por algún motivo, ¿fue necesario que su Seguro de mercado para la atención médica asequible quedara sin efecto? Si su respuesta es Sí, indique cuándo fue la última vez que realizó un pago.</b>			

### 5. Fuentes de los ingresos:

Nombre y dirección del empleador	Integrante de la familia que recibe los ingresos	Importe <b>BRUTO</b>	¿Con qué frecuencia? Semanal/mensual/anual
Manutención de menores			
Pensión alimenticia			
Seguro social			
Seguro social (Cosolicitante)			
Fondos de jubilación o pensiones			
Pensión de veteranos			
Regalías de petróleo y gas			
Desempleo			
Indemnización laboral			
Ingresos por rentas			
Ingresos por fideicomisos			
Ayuda general del condado			
Rentas anuales			
Ingreso de dividendos			
Ingresos de la cuenta bancaria			
Comisiones			
Bonos			
Deducciones personales			
Otros ingresos			
Otros ingresos			

### 6. Asignación de los derechos: *(Lea esta sección con atención y firme)*

Acepto informarle a este centro médico sobre los cambios en mi situación familiar, entre ellos el número de integrantes de la familia, los ingresos y la cobertura de seguro, que podrían cambiar mi elegibilidad para obtener asistencia financiera. Comprendo que si no cumplo con lo mencionado anteriormente, se negará mi solicitud. Toda la información que contiene esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender. Acepto proporcionar documentación si me lo solicitan. **Comprendo**

**que este centro médico no puede compartir información confidencial sin mi consentimiento previo.**

**Todas las partes responsables de los cargos hospitalarios deben firmar la solicitud a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge o del solicitante conjunto

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Por medio del presente autorizo al NMRMC a divulgar u obtener información relacionada con mi solicitud del FAP a las personas mencionadas a continuación.

Nombre:

Parentesco:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Formulario revisado 11/14

## INFORME FINANCIERO MENSUAL

Bienes	Importe	Ingreso mensual	Importe	Acreedores médicos	Pago mensual	Saldo impago	Alquiler_____Propio_____	\$
Cuenta de ahorro	\$	Salario bruto: ingreso n.º 1	\$	Hospital	\$	\$	Servicios públicos (servicio completo de electricidad, gas, agua, recolección de basura y otros)	\$
Cuentas corrientes	\$	Salario bruto: ingreso n.º 2	\$	Hospital	\$	\$	Teléfono (servicio completo de teléfono celular y particular)	\$
Acciones o bonos Cuenta IRA/401K/CD	\$	Comisiones: ingreso n.º 1	\$	Médico	\$	\$	Servicio de TV/Internet (completo)	\$
Vehículos		Comisiones: ingreso n.º 2	\$	Médico	\$	\$	Alimentos	\$
Año de fabricación		Bonos: ingreso n.º 1	\$	Médico	\$	\$	Cuidado infantil	\$
Año de fabricación		Bonos: ingreso n.º 2	\$	Diagnóstico por imágenes	\$	\$	Seguro de vivienda Impuestos a la propiedad (si no están incluidos en el pago hipotecario)	\$
Vivienda (si compra o es propietario)		Dividendos - intereses	\$	Anestesia	\$	\$	Seguro de vida	\$
Año de compra de la vivienda		Cupones para alimentos	\$	Ambulancia	\$	\$	Seguro automotor	\$
Valor estimado de la vivienda		Desempleo	\$	Helicóptero	\$	\$	Pensión alimenticia/Manutención de menores	\$
Otros bienes inmuebles		Asistencia social (efectivo)	\$	Odontología	\$	\$	Mantenimiento del vehículo Pago del vehículo Gas	\$
Descripción, ubicación y valor estimado de otros bienes inmuebles:		Manutención de menores o pensión alimenticia	\$	Farmacia	\$	\$	Tarjetas de crédito (pago mensual habitual)	\$
		Otros ingresos (especifique)	\$	Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$	\$	Otros préstamos	\$
Otros bienes (bote, casa rodante, motocicleta, etc.)	\$	Otros ingresos	\$	Terapia	\$	\$	Préstamos estudiantiles (total mensual)	\$
		<b>TOTAL MENSUAL INGRESOS</b>		Otros			Pago del vehículo	\$
							Bote, casa rodante, motocicleta, otros pagos	\$