



Gracias por elegir al centro médico Hutchinson Regional para sus necesidades de cuidado de la salud. Adjunta encontrará una solicitud de asistencia financiera.

Rellene la información solicitada y proporcione **TODOS** los documentos necesarios para adjudicar su solicitud. **No proporcionar TODA la información puede dar lugar a una denegación de la asistencia.**

Requerimos:

1. Copia completa de la declaración de impuestos del año en curso
2. Los tres (3) talones de pago más recientes de su empleo
3. Estado de cuenta bancario completo de los últimos 30 días de actividad

******Si no está empleado actualmente, proporcione verificación de sus ingresos. (Carta de determinación del Seguro Social, Departamento de Compensación por Desempleo de Kansas, carta del DCF demostrando que cumple los requisitos para los siguientes: cupones de alimentos, asistencia en efectivo).

Pedimos que la solicitud de asistencia financiera se complete y se devuelva en un plazo de 15 días posteriores al matasellos de fecha en esta carta. **La solicitud requiere su firma y documentación de apoyo completa a fin de completar el proceso de revisión. La finalización oportuna de esta solicitud puede afectar el estado de sus cuentas.** El procesamiento de esta solicitud **no** lo releva de su obligación financiera relacionada con sus cuentas una vez que se haya procesado la solicitud.

******* Las cuentas que estén más allá de 120 días a partir de la fecha de descarga no se considerarán para la asistencia financiera y usted será responsable de cualquier saldo adeudado a la agencia de cobranza. *******

Si necesita ayuda para rellenar esta solicitud o tiene preguntas, llame al 620-665-2024 para hablar con uno de nuestros Consejeros Financieros.

Tómese su tiempo para comunicarse con los servicios de facturación de médicos relacionados con el Hutchinson Regional Medical Center para notificarles que está solicitando Asistencia Financiera. Estas facturas son su responsabilidad.

Médicos de sala de emergencias	- 844-442-7848
Radiología Hawthorne	- 314-821-8055 opc 3
Anestesia Meridian	- 866-575-9644

Una vez que se haya devuelto la solicitud **completada** y **TODA** la documentación justificativa, el procesamiento puede tomar hasta 30 días. **POR FAVOR, no llame** para preguntar sobre la situación en los primeros 30 días del procesamiento de su solicitud completada, ya que esto puede retrasar el proceso de revisión.

Ajustarse a los pasos descritos en esta carta de presentación ayudará al equipo de Revisión Financiera en el proceso de finalización. Le agradecemos anticipadamente su consideración en este asunto.

Hutchinson Regional Medical Center
Departamento de Cuentas de Pacientes



Esta información obtenida será confidencial y usada solo por determinando Asistencia Financiera.

Solicitud de Asistencia Financiera Forma "A"

Nombre Completo del Paciente: _____ # de Cuenta del Paciente: _____

Nombre Completo del Responsable (si es menor de edad) _____ # SS _____

Nombre Completo de Esposo/a: _____ # SS _____

Dirección Física: _____ # SS _____

Dirección de Correo: _____

Número de miembros de su familia viviendo en casa (esposo/a y dependientes) _____

¿Recién ha hecho, o planifica hacer solicitud por Asistencia de Medicaid y/o Medica? Si No

Fecha de Solicitud: _____

VERIFICACION DE INGRESOS (Apunte todas las personas en su hogar que tienen empleo)

Nombre Completo	Relación al Paciente	Nombre y Dirección del Patrón	Ingresos Mensuales	
			Bruto	Neto
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

OTROS INGRESOS (Apunte cuentas mensuales):

Nombre Completo	Relación al Paciente	Sustento de Niño	Comp. de Desempleo	TANF	Seguro Social	SSI	VA	Intereses del Banco

RECURSOS (Apunte todos los recursos que son propiedad de miembros del hogar y su valor)

Recurso	Banco o Compañía	Valor	Dueño
Cuenta de cheques			
Cuenta de Ahorros			
Certificado de Depósito			
Fondos de Fideicomiso			
Bolsas o Bonos			
Cuenta de Jubilación			
Otro			
Fondos Mutuos			



Solicitud de Asistencia Financiera Forma "B"

Esta información obtenida será confidencial y usada solo por determinando Asistencia Financiera.

Nombre Completo: _____

Gastos Mensuales	Pagos Mensuales	Balance Corriente
Comida		
Alquiler/Pago por la Casa		
Gas – Electricidad por la Casa		
Electricidad		
Agua y Desagüe		
Cable de Televisor/ Satélite (incluyendo inalámbrico)		
Teléfono		
Gasolina (Auto)/Transportación		
Pagos de Vehículos		
Seguro de Vehículos/Casa		
Seguro de Salud		
Recetas Medicas		
Doctores/Proveedores del Cuidado de Salud		
Tarjetas de Crédito*		
Otro*		

Total de Ingresos Mensuales: _____

Total de Gastos Mensuales: _____

Firma: _____

Número de Teléfono: _____

Ejemplares de documentos de corroboración adicionales:

1. El último formulario W-2 de todos los miembros contribuyendo a los ingresos de la casa.
2. Los últimos seis talones de cheque de sueldo de todos los miembros contribuyendo a los ingresos de la casa.
3. Declaración de Impuestos del año pasado.
4. Formularios aprobando o rechazando compensación de Desempleo.
5. Verificación escrita del Patrón(es) del sueldo/s actual(es).
6. Verificación escrita de agendas publicas de Apoyo Social que prueben el nivel de ingresos durante los últimos 12 meses.
7. Giro de Comprobante de Medicaid indicando beneficios por un reclamo o que beneficios han sido gastados.
8. Búsqueda de Bienes revelando ni propiedad o bienes.

* Por favor anote en la hoja de papel por separado.