

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Gracias por elegir Hutchinson Regional Medical Center para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud de ayuda financiera.

Complete la información solicitada y proporcione todos los documentos necesarios para adjudicar su solicitud. Si no se proporcionan todos los documentos, la solicitud puede ser rechazada.

Necesitamos:

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si actualmente no es empleado, proporcione la verificación de ingresos. (Carta de determinación de seguridad social, compensación por desempleo del Departamento de Trabajo de Kansas, carta de confirmación de calificación del Departamento de Niños y Familias [Department of Children and Families, DCF] para lo siguiente: cupones para alimentos, asistencia en efectivo).

Tómese el tiempo para comunicarse con los servicios de facturación de médicos relacionados con Hutchinson Regional Medical Center a fin de notificarles que está solicitando asistencia financiera al 620-665-2515. Estas facturas son su responsabilidad.

Si necesita ayuda para completar la solicitud o tiene preguntas, llame al 620-665-2024.



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.