



Date issued/Staff Name _____

Return by date _____

APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

En nuestra misión de atender las necesidades de atención médica de los residentes del noroeste de Kansas, Citizens Health se compromete a hacer que la atención sea asequible. Ofrecemos descuentos, opciones de pago y asistencia financiera a personas que no pueden pagar la atención médica, incluidos los servicios del Departamento de Emergencia. Citizens Medical Center, NWKS Surgical Associates y Family Center for Health Care ofrecen servicios médicamente necesarios en nuestras instalaciones a un precio reducido o sin cargo si usted es un candidato elegible bajo el Programa de Asistencia Financiera (FAP).

El Programa de Asistencia Financiera se aplica a todos los servicios hospitalarios, ambulatorios y de urgencias médicamente necesarios que factura el Citizens Medical Center y el Family Center for Health Care. El solicitante debe demostrar que no puede pagar de acuerdo con los criterios de ingresos establecidos por las Pautas federales de pobreza (FPG) actuales. La política y el procedimiento de Asistencia Financiera están disponibles previa solicitud llamando al 785-460-5640 o disponibles en el sitio web de Citizens Health: www.cmciks.com

Instrucciones: Todas las preguntas deben ser contestadas. Si una pregunta no aplica, escriba N / A. Devuelva la solicitud completa con los documentos de respaldo solicitados en la solicitud a la oficina del Asesor Financiero en Citizens Centro Médico: 100 E. College Drive, Colby, KS 67701 o envíeles un correo electrónico a bspurlin@cmciks.com

Información del Paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____

Numero de Telefono: () _____ Celular: () _____

Ciudadano Si No (si respodio no, reponda lo siguiente) Residente Permanente Si No
Estatus de empleo : Tiempo Completo Medio Tiempo Por Cuenta Propia Estudiante Desempleado

Direccion del Empleador: _____

Si es desempleado, Proporcione fechas del periodo de desempleo: De: _____ a: _____

Si es estudiante y depende de préstamos estudiantiles para pagar los gastos básicos, proporcione copias del préstamo estudiantil cantidades y asignaciones.

Con qué frecuencia te pagan: Semanal Quincenal Mensual Semi-Mensual

Salario Mensual Neto: _____ De: _____ A: _____

¿Es reclamado como dependiente por otra persona? Si No

Información de Cobertura Medica

¿Está el paciente cubierto por un seguro de salud? Si No

¿Ha solicitado el paciente beneficios de Medicaid en los últimos 3 meses?? Si No

Si la respuesta es No, explique el porque: _____

¿Se le han negado al paciente los beneficios de Medicaid en los últimos 3 meses? Yes No

Si al paciente se le ha negado Medicaid en los últimos 3 meses, adjunte una copia de la carta de negación.

¿TienePendiente una demanda, acuerdo, lesión personal, compensación laboral, etc? Yes No

Marque todas las casillas que correspondan al paciente o al hogar.

¿Le interesaría saber si calificaría para una cobertura de seguro? ¿Tiene algún medicamento que le cuesta pagar? Si es así, indique los medicamentos y las dosis.

Y N
 Y N

¿Siente que no puede recibir la atención médica, incluidos los servicios de salud mental, que necesita debido a la carga financiera que puede causar?

Y N

Información del Cónyuge

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN#:

Estatus de empleo : Tiempo Completo Medio Tiempo Por Cuenta Propia Estudiante Desempleado

Dirección del Empleador: _____

Si es desempleado, Proporcione fechas del periodo de desempleo: De: _____ a: _____

Información de dependientes: aprobación requiere la declaración de impuestos más reciente (Use hoja separada para mas de seis)

Nombre Completo	Fecha/Nacimiento	Relación	Reclamado en taxes?	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información de ingresos totales: la aprobación requiere comprobante de ingresos (2 meses) (cantidades mensuales)

Salarios brutos: \$ _____	Compensación a trabajadores: \$ _____	<input type="checkbox"/>
Pensión / Jubilación: \$ _____	Manutención de niños \$ _____	<input type="checkbox"/>
Ingresos de alquiler: \$ _____	Pensión alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/>
Beneficios para veteranos: \$ _____	Intereses / Dividendos: \$ _____	<input type="checkbox"/>
Incapacidad: \$ _____	SSI / SSDI Seguridad Social: \$ _____	<input type="checkbox"/>
Desempleo: \$ _____	Otra información: \$ _____	<input type="checkbox"/>

Información monetaria: la aprobación requiere prueba monetaria de todos los activos (2 meses) Ej. Cuenta de cheques / ahorro

Balance cheques : \$ _____ Balance Ahorros:\$ _____ CD: \$ _____

Acciones/Bonos: \$ _____ IRA: \$ _____ 401K: \$ _____

403b: \$ _____ Otros (HSA/FSA) \$ _____

Para ayudar a comprender mejor sus necesidades, describa su situación financiera actual y por qué no puede pagar su saldo o realizar pagos mensuales. Sea específico (use una hoja separada si es necesario)

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Si la información suministrada es inexacta o incompleta o el ingreso familiar del paciente excede las pautas de caridad, entiendo que seré responsable del pago del saldo total de la factura. Entiendo que esta determinación es condicional y no se aplica a reclamos de terceros, como demandas, acuerdos, gravámenes hospitalarios o cualquier otro pago o responsabilidad de terceros. CMCI se reserva el derecho de recuperar el saldo total de mi factura de cualquier recurso de terceros en la mayor medida permitida por la ley. Si mi (nuestro) caso es seleccionado para la clasificación de Indigent Care, yo (nosotros) doy mi (nuestro) consentimiento a CMCI para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que yo (nosotros) hemos hecho.

Recordo Adjuntar:

Prueba de ingresos de 2 meses 2 meses de comprobantes monetarios declaración de impuestos más reciente Negacion Medica

Firma de Paciente/Garante: _____ Fecha: _____

Firma de Administracion: _____ Fecha: _____

Explicación de la documentación faltante

Explique por qué no puede proporcionar la documentación requerida para su solicitud de asistencia financiera (marque la casilla correspondiente y proporcione detalles cuando se le solicite):

No puedo proporcionar mis dos extractos bancarios más recientes porque:

No puedo proporcionar mis dos recibos de sueldo más recientes porque:

No puedo proporcionar mi última declaración de impuestos porque:

No puedo proporcionar otra documentación requerida (por ejemplo, declaraciones de discapacidad, verificación de ingresos del Seguro Social, carta de denegación de Medicaid, etc.) porque:

Declaración de certificación

Al firmar a continuación, afirmo que no puedo proporcionar la documentación solicitada como se indica anteriormente y que toda la información que he proporcionado es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que, al completar esta declaración, es posible que en el futuro se me pida que proporcione documentación adicional para verificar mi situación financiera. También entiendo que proporcionar información falsa puede dar lugar a la denegación de mi solicitud de asistencia financiera o a la revocación de cualquier asistencia aprobada.

Firma de Paciente/Garante: _____ Fecha: _____

Firma de Administración: _____ Fecha: _____