



CITIZENS
HEALTH

Fecha de recepción / Iniciales

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

En nuestra misión de atender las necesidades de salud de los residentes del noroeste de Kansas, Citizens Health se compromete a que la atención médica sea accesible. Ofrecemos descuentos, opciones de pago y asistencia financiera a quienes no pueden costear la atención médica, incluyendo los servicios del Departamento de Emergencias. Citizens Medical Center, NWKS Surgical Associates y Family Center for Health Care ofrecen servicios médicamente necesarios en nuestras instalaciones con descuento o sin costo alguno si usted cumple con los requisitos del Programa de Asistencia Financiera (PAF). Puede solicitar la política y el procedimiento de Asistencia Financiera llamando al 785-460-5640 o en el sitio web de Citizens Health: www.cmciks.com

Instrucciones: Debe responder a todas las preguntas. Si alguna pregunta no le corresponde, escriba N/A. Entregue la solicitud completa junto con los documentos requeridos en la misma a la oficina de Asesoría Financiera del Citizens Medical Center: 100 E College Dr, o envíelos por correo electrónico a billing@cmciks.com.

Información del paciente (mayor de 18 años) o del padre/tutor

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: _____ **Tamaño del hogar (incluido el solicitante):** _____

Ciudadano estadounidense o residente permanente. ☐ S ☐ N Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Situación laboral:

☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajadores por cuenta propia ☐ Alumno ☐ Desempleados ☐ Desactivado ☐ Jubilado

Nombre y dirección del empleador: _____

Si está desempleado, indique las fechas del período de desempleo: Desde _____ Hasta _____

Si depende de préstamos estudiantiles para pagar los gastos básicos de subsistencia, proporcione copias del préstamo estudiantil y las asignaciones.

¿Con qué frecuencia te pagan? ☐ Semanalmente ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Quincenal

Salario mensual (antes de impuestos): _____

¿Aparece usted como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ S ☐ N

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

¿El solicitante cuenta con seguro médico? ☐ S ☐ N

¿Ha solicitado el solicitante beneficios de Medicaid en los últimos 3 meses? ☐ S ☐ N

¿Está el solicitante embarazada, es menor de 19 años, es cuidador de un niño, es mayor de 65 años o tiene alguna discapacidad? ☐ S ☐ N

Si al paciente se le ha denegado Medicaid en los últimos 3 meses, adjunte una copia de la notificación de denegación. ☐ S ☐ N

¿Tiene el paciente alguna demanda, acuerdo extrajudicial, reclamación por lesiones personales, indemnización laboral o responsabilidad civil pendiente? ☐ S ☐ N

¿Le interesaría saber si reúne los requisitos para obtener cobertura de seguro? ☐ S ☐ N

¿Siente que no puede recibir la atención médica, incluidos los servicios de salud mental, que necesita debido a la carga financiera que esto podría suponer? ☐ S ☐ N

¿Tiene gastos médicos de otras organizaciones que le están haciendo difícil de pagar? Si esto es su situación favor de apuntar las organizaciones y cantidad. ☐ S ☐ N

Información de los miembros del hogar (incluido el solicitante): **Aprobación Requiere prueba de la declaración de impuestos más reciente**

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	¿Reclamado en la declaración de impuestos?		¿Reclamado al seguro?		Garante (Solo para uso de oficina)
	___/___/___		S	N	S	N	
	___/___/___		S	N	S	N	
	___/___/___		S	N	S	N	
	___/___/___		S	N	S	N	
	___/___/___		S	N	S	N	
	___/___/___		S	N	S	N	

(Si son más de 6, utilice una página aparte)

Ingresos brutos mensuales de todos los miembros del hogar: La aprobación requiere comprobantes de ingresos de los últimos dos meses.

Salarios de empleo:	\$ _____	Compensación laboral:	\$ _____
Pensión/Jubilación:	\$ _____	Manutención infantil SSI/SSDI	\$ _____
Ingresos por alquiler:	\$ _____	Seguridad Social:	\$ _____
Incapacidad a corto/largo plazo:	\$ _____	Otros (incluidos trabajos secundarios), por ejemplo: DoorDash, negocio en Etsy, etc.	
Desempleo	\$ _____		\$ _____

Información sobre los activos: Para la aprobación se requiere comprobante de todos los activos de los últimos dos meses, es decir, los dos últimos extractos bancarios.

Saldo en cuenta corriente: \$ _____ Saldo en cuenta de ahorros: \$ _____ Certificado de depósito: \$ _____

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

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

Por la presente declaro que la información anterior es veraz y correcta. Si la información proporcionada es inexacta o incompleta, o si los ingresos familiares del paciente superan los límites establecidos para la organización benéfica, entiendo que seré responsable del pago del saldo total de la factura. Entiendo que esta determinación es condicional y no se aplica a reclamaciones de terceros, tales como demandas, acuerdos extrajudiciales, gravámenes hospitalarios ni a ningún otro pago o responsabilidad de terceros. CMCI se reserva el derecho de recuperar el saldo total de mi factura de cualquier fuente externa, hasta el máximo permitido por la ley. Si mi (nuestro) caso es seleccionado para la clasificación de Atención a Indigentes, autorizo (autorizamos) a CMCI a obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he (hemos) realizado.

Te acordaste de:

☐

Adjunte comprobantes de ingresos de los últimos dos meses.

☐

Adjunte los extractos bancarios de los últimos dos meses.

☐

Adjunte su declaración de impuestos más reciente.

Firma del paciente/garante: _____

Fecha: _____

Firma administrativa: _____

Fecha: _____

Explicación de la documentación faltante

Por favor, explique por qué no puede proporcionar la documentación requerida para su situación financiera.
Solicitud de asistencia.

No puedo proporcionar dos meses de extractos bancarios porque:

No puedo proporcionar comprobantes de ingresos de los últimos dos meses porque:

No puedo proporcionar los ultimos impuestos y porque:

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

Declaración de atestación

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

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Firma administrativa: _____ Fecha: _____