

Solicitud de asistencia financiera

KIOWA COUNTY MEMORIAL HOSPITAL
GREENSBURG FAMILY PRACTICE

Estimado paciente y familia:

De acuerdo con nuestra misión y valores fundamentales, Kiowa County Memorial Hospital se compromete a brindar atención médica a las personas independientemente de su capacidad de pago.

Asistencia financiera: Las facturas médicas pueden ser difíciles de pagar. Los pacientes que no puedan pagar la totalidad o parte de sus servicios de atención médica, independientemente de su cobertura de seguro médico, pueden solicitar asistencia financiera completando y devolviendo este formulario.

Proceso de solicitud: Para solicitar asistencia financiera, complete y devuelva este formulario a Kiowa County Memorial Hospital, 721 W Kansas, Greensburg, KS 67054.

Se debe incluir una o más de la siguiente información con la solicitud para cada miembro del hogar mayor de 18 años: (si se solicitan documentos adicionales, se le notificará)

- Declaraciones de impuestos federales de años anteriores: formulario 1040 y, si trabaja por cuenta propia, agregue la documentación del Anexo C.
- Formularios W-2 de años anteriores
- Información de ingresos recientes de los últimos tres (3) meses, incluidos recibos de sueldo, Seguro Social, desempleo, jubilación, pensiones, etc.
- Extractos bancarios de los últimos tres (3) meses

Los solicitantes deben proporcionar:

- Carta de determinación de KanCare (Medicaid). Si no ha presentado su solicitud, hágalo en línea en SoliciteKanCare.ks.gov o programe una cita con el personal de elegibilidad presunta de KCMH.

¿Preguntas? Por favor llame a nuestra Oficina Comercial

Lunes – Viernes 8:00 am a 5:00 pm
620-723-3341

Esta solicitud completa, incluida la información de respaldo, debe devolverse dentro de los 30 días posteriores a su recepción.

Al enviar una solicitud de asistencia, los pacientes dan su consentimiento al Kiowa County Memorial Hospital/Greensburg Family Practice para realizar las consultas necesarias para confirmar obligaciones o referencias financieras.

I. Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE APELLIDO		PRIMER O	MI	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE LA CALLE		CIUDA D	ZIP ESTADO	TELÉFONO A DOMICILIO TRABAJO
FECHA DE NACIMIENTO	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)			CIUDADANO ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

II. Información del garante

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LA FACTURA			RELACIÓN
NOMBRE DE LA CALLE		CIUDAD	ZIP ESTADO
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA		TRABAJA R	CIUDADANO ESTADOUNIDENSE
			FECHA DE NACIMIENTO

Marque esta casilla si no ha recibido servicios y está solicitando la precalificación.

¿Ha sido aprobado para recibir asistencia financiera por otra organización de atención médica? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la organización. _____

¿Está siendo remitido por un médico o cirujano? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el número de teléfono del médico. _____

III. Información del hogar: indique TODAS las personas que viven en su hogar, incluido el solicitante. Utilice papel adicional si es necesario.

Indique a todas las personas que viven en su hogar (incluido usted mismo). Los ingresos incluyen salarios (antes de impuestos), ingresos por manutención infantil, ingresos por pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social o asistencia pública/gubernamental.

LOS MIEMBROS DEL HOGAR	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESOS BRUTOS MENSUALES ANTES DE LA FECHA	¿ASEGURADO? (marque con un círculo sí o no) En caso afirmativo, indique el seguro
1.					Sí o no
2.					Sí o no
3.					Sí o no
4.					Sí o no
5.					Sí o no
6.					Sí o no
7.					Sí o no

8.					Sí o no
----	--	--	--	--	---------

