

# Solicitud Para La Asistencia Financiera

PO Box 308 | Newton, KS 67114

Ver la [poliza de asistencia financiera de NMC \(HCA 501R\)](#) para ver el criterios de elegibilidad

Fecha: \_\_\_\_\_

### Sección I: Demografía

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ No. SS \_\_\_\_\_ No. de Cuenta \_\_\_\_\_  
 Nombre del Avalista \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado Codigo Postal \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_ M \_\_\_ H  
 Estatus Marital: \_\_\_ Solo \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Separado  
 Número de Contacto: Telefono Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Usted es Ciudadano Americano? \_\_\_\_\_ Residente Legal Permanente? \_\_\_\_\_  
 En que Condado Reside? \_\_\_\_\_

### Sección II: Ingresos Corrientes, Gastos y Datos Bancarios

Ingresos Mensuales	Paciente	Cónyuge/Co-Applicante
A. Ingresos Brutos (antes de deducciones)		
B. Ingresos Netos (despues de deducciones)		
C. Ingresos de Negocios (si trabaja por su cuenta)		
D. Seguro Social/SSI		
E. Retiro		
F. Pensión/Manutención Alimenticia		
G. Intereses y Dividendos		
H. Ingresos Inmobiliarios		
I. Otros Ingresos		
Total de Ingresos Mensuales (total B-I)		
Total de Ingresos Mensuales del Paciente/Cónyuge		

Balance en su Cuenta de Cheques \$ \_\_\_\_\_ Balance en su Cuenta de Ahorros \$ \_\_\_\_\_  
 Tiene alguna otra Cuenta Bancaria? \_\_\_ Si \_\_\_ No (si la tiene, adjunte una hoja con la información bancaria)

**Situación Familiar:** Lista de miembros de la familia por nombre legal. Prueba de Ingresos pueden ser requeridos

Nombre	Fdn	Edad	No. SS	Relación	Ingresos Brutos
1. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
2. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
3. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
4. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
5. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
6. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
7. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____

Alguien de la familia esta embarazada? \_\_\_\_\_ Quien? \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

CDs / Existencias/Bonos	\$ _____	Retiros / 401k / IRA	\$ _____
Caja de Seguridad	\$ _____	Propiedad de Alquiler	\$ _____
RV / Trailer / Bote / ATV	\$ _____	Ganado / Terreno	\$ _____
Conjunto/Seguro de Vida a Término	\$ _____		\$ _____
Residencia Secundaria	\$ _____	Póliza de Entierro	
Pagaré	\$ _____	Inmobiliaria	\$ _____
		Reclamaciones por Lesiones Personales	\$ _____

**INFORMACIÓN DE EMPLEO:**

Si no esta empleado durante este tiempo, cuando fue la ultima vez que trabajo? \_\_\_\_\_

Información Obtenida De: \_\_\_\_\_ Relación Con El Paciente: \_\_\_\_\_

Me gustaria aplicar para la asistencia financiera de NMC Health. Entiendo que es la expectativa de NMC Health que los pacientes usen todos los recursos financieros disponibles para pagar su factura medica antes de cualquier ayuda financiera sea concedida.

La información proporcionada arriba es verdadera y completa. Al firmar este formulario, acepto permitir a NMC Health para comprobar si hay empleo e historial de crédito con el fin de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. Acepto permitir que las instalaciones y organización para proporcionar información sobre mi estado financiero a NMC Health con el fin de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. También entiendo que se me puede requerir comprobantes de la información que estoy proporcionando. Si está información es falsa o haya, Yo entiendo que mi solicitud será negada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Aplicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Aplicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Favor de regresar su solicitud a Catherine Ryan, Midland Group: 1310 Wakarusa Dr., Lawrence, KS 66049 o fax al 785-840-9677. Para preguntas llamar 785-330-7278 o 316-201-9254**

Cualquier solicitud no firmada y sin la documentación necesaria no sera procesada hasta que la información sea recibida. En orden para que NMC Health lo asista en completar su solicitud para asistencia financiera o algún otro descuento adicional la siguiente información y documentación déve ser entregada a mas tardar

\_\_\_\_\_.

- **Solicitud Para Asistencia Financiera (solicitud déve ser firmada por su conyuge si es casado/a)**
  - Toda la solicitud completa
- **Comprobantes De Todos Los Ingresos Brutos (antes de taxes)**
  - Copias de los talonarios o pensión o carta del empleador por los tres meses antes del dia de servicio.
  - Estado de cuenta del Seguro Social de cada persona
  - La order de la corte de manutención alimenticia
  - Carta de confirmación de beneficios de desempleo
  - Algún otro recurso de ingreso
  - Copias de los estados de cuenta de cheques/ahorros por los ultimos 90 dias
- **Copia De Declaración De Impuestos Del Año Previo Si Fue Requerido Presentar Una Declaración**
  - Copias se pueden obtener contactando a IRS al -800-829-1040
  - Si no fue requerido a presentar su declaración, necesitamos copias de las W-2

**Si no tiene ingresos y no se apoya usted mismo requerimos una declaración por escrito de quien lo este apoyando.**