



Aplicacion para Asistencia Financiera

En nuestra misión de atender las necesidades médicas de los residentes del Noroeste de Kansas, Citizens Medical Center Inc. (CMCI) se compromete a hacer que la atención medica sea accesible. CMCI ofrece descuentos, opciones de pago y asistencia financiera a personas que no pueden pagar la atención médica, incluidos los servicios de la sala de emergencias. CMCI ofrece servicios médicamente necesarios en nuestras instalaciones a una tarifa con descuento o cargo gratuito si usted es un candidato elegible en el programa de asistencia financiera.

El programa de asistencia financiera se aplica a todos los servicios de hospitalización, pacientes ambulatorios y servicios de urgencias que son médicamente necesarios y que son facturados por CMCI. El solicitante debe demostrar una incapacidad para pagar de acuerdo con los criterios de ingresos según lo establecido por las pautas federales de pobreza (FPG) actuales .

La solicitud y los procedimientos de Asistencia Financiera están disponibles sobre pedido en las oficinas de CMCI en el (785)460-4872 o disponibles en el sitio web de CMCI.

Instrucciones: Todas las preguntas deben ser contestadas, Si una pregunta no aplica a su situacion , escriba N/A en la línea. Incluya una fotocopia del las siguientes pruebas de ingresos a la aplicacion completa.

- 1. Declaracion de impuestos de el año anterior
- 3. Los 3 ultimos talones de cheque

- 2. Cheque o carta de Seguro Social
- 4. Los ultimos 3 estados de cuenta (cheques y ahorros)

Fecha _____

Persona Responsable _____

Numero de Cuenta o Numero de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento de la Persona Responsable _____

Nombre de el Paciente _____

Numero de Telefono de la Persona Responsable _____

Direccion _____

Lugar de Empleo _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Esposo(a) _____

Fecha de Nacimiento de el Paciente _____

Fecha de Nacimiento de su Esposo(a) _____

Numero de Telefono _____

Numero de Telefono de su Lugar de Empleo _____

Ciudadania (marque uno): Ciudadano

No-Ciudadano

Estado Civil (marque uno): Casado(a)

Soltero(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Paciente: Empleado(a) de Tiempo Completo
 Empleado(a) de Medio Tiempo
 Desempleado(a)

Esposo(a) / Persona Responsable: Empleado(a) de Tiempo Completo
 Empleado(a) de Medio Tiempo
 Desempleado(a)

Nombre de Dependientes (dependientes que declara en sus inmnpuestos)

Numero de Personas en su Hogar _____

Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Naciemnto: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Naciemnto: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Naciemnto: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Naciemnto: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Naciemnto: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Naciemnto: _____



Aplicacion para Asistencia Financiera

Otra Covertura Ha aplicado para Medicaid para cubrir sus servicios? Si No
 Ha aplicado para un prestamo para cubrir sus servicios? Si No

Vivienda (marque uno) Casa Propia Renta Hace Pagos \$ _____ / mensuales

Utilidades Electricidad \$ _____/mensuales Gas \$ _____/mensuales Agua \$ _____/mensuales

Automoblies Auto Propio (cuantos) _____ Arrienda (cuantos) _____ Hace Pagos \$ _____/mensuales

Cuentas de Banco/Otros Bienes (debe contestar las tres preguntas)

Cuenta de cheques? Si No \$ _____
 Cuenta de Ahorros? Si No \$ _____
 Bienes Adicionales? Si No Describa _____

Ingresos

Ingresos:	\$ _____/mensuales	Pension:	\$ _____/mensuales
Ingresos de su Esposos(a):	\$ _____/mensuales	Granja/Trabaja por Cuenta Propia:	\$ _____/mensuales
Seguro Social:	\$ _____/mensuales	Asistencia Publica:	\$ _____/mensuales
Pensión Alimenticia:	\$ _____/mensuales	Manutención de los Hijos	\$ _____/mensuales
Fondo Fiduciario:	\$ _____/mensuales	Beneficios a Sobrevivientes:	\$ _____/mensuales
Desempleo:	\$ _____/mensuales	Compensacion al Trabajador:	\$ _____/mensuales
Dividendos, Intereses, Rentas:	\$ _____/mensuales	Otros Ingresos:	\$ _____/mensuales
TOTAL	\$ _____/mensuales		

(La aprobación requiere comprobantes de ingresos con solicitud.)

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Si la información suministrada es inexacta o incompleta o si el ingreso familiar del paciente supera las pautas de la organización benéfica, entiendo que seré responsable del pago del saldo total de la factura. Comprendo que esta determinación es condicional y no se aplica a reclamos de terceros, tales como juicios, acuerdos, daños a hospitales o cualquier otro pago o responsabilidad de terceros. CMCI conserva sus derechos para recuperar el saldo total de mi factura de cualquier recurso de terceros en la medida máxima permitida por la ley. Si mi (nuestro) caso es seleccionado para la clasificación de atención de indigentes, le doy mi(nuestra) Consentimiento a CMCI para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.

Firma del Paciente/ Persona Responsable

Fecha

Firma del Departament Administrativo

Fecha

Una Copia de la negacion de Medicare debe ser incluida con su aplicacion