



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 785-462-7511 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 Fax: 785-460-4876

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 del Garante

Relacion al Paciente: _____

Nombre del Garante: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado : _____ Zip: _____ Telefono: () _____ Celular: () _____

Cuantos Miembros en la Familia: _____ Estado Civil: _____

Información del Cónyuge

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____

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: _____

Informacion de Covertura 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 y adjunte la documentación de respaldo.

- Paciente elegible para Medicaid pero no en la fecha de servicio, o no elegible para servicios no cubiertos.
- Paciente fallecido Fecha de Fallecimiento: _____
- Paciente encarcelado Fecha de encarcelamiento: _____
- Paciente sin Hogar Explique: _____

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?
_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

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

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) \$ _____

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: _____