



Cualquier persona que desee ser considerado para recibir **Asistencia Financiera** debe proporcionar copias de lo siguiente:

\_\_\_ Copias de los últimos 3 talones de pago que muestren la tasa salarial y/o el salario bruto de todos los miembros del hogar

\_\_\_ Copias de toda la declaración de impuestos más reciente (incluya todos los anexos)

\_\_\_ La declaración de impuestos anual más reciente del padre/madre o tutor, si el solicitante es un dependiente que se declare en el formulario de impuestos y tiene menos de 25 años

\_\_\_ Comprobante de ingresos de asistencia pública, Seguro Social o SSI para todos los miembros del hogar

\_\_\_ Comprobante de ingresos de indemnización por accidentes laborales para todos los miembros del hogar

\_\_\_ Comprobante de ingresos de Beneficios para Veteranos de todos los miembros del hogar

\_\_\_ Copias de los estados de cuenta bancarios completos de los últimos 3 meses

Tenga en cuenta que se debe recibir la solicitud completa junto con el comprobante de ingresos para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga la seguridad de que toda la información que nos envíe se mantendrá completamente confidencial dentro de esta oficina.

\* Todos los pacientes que estén aprobados para apoyo total de caridad tendrán que pagar una tarifa nominal por el servicio de la siguiente manera:

Servicios de clínica/análisis de laboratorio/radiología/terapia	\$25.00	por visita
---	---------	------------

Servicios para pacientes hospitalizados/observación/sala de emergencia	\$100.00	por visita
--	----------	------------

### **Devuelva la solicitud completa y los documentos requeridos a:**

**Patient Financial Services  
Community HealthCare System, Inc.,  
PO Box 460  
Onaga, KS 66521-0460**

Si tiene alguna pregunta con respecto a los puntos enumerados anteriormente, comuníquese con la Oficina Administrativa al **785-889-4657 opción 3**

*Community HealthCare System se reserva el derecho de llevar a cabo más indagaciones para verificar la información proporcionada. Una vez recibida toda la información, se presentará para aprobación.*



¿Esta solicitud es para servicios pasados o futuros? ( ) Servicios futuros ( ) Fechas de servicio pasadas  
Número de expediente médico (MRN) \_\_\_\_\_

**Nombre**      **Inicial segundo nombre**      **Apellido**      **Número Seguro Social**      **Fecha de nacimiento**

**Dirección**      **Ciudad**      **Estado**      **Código Postal**

Marque la casilla que corresponda:  Soltero     Casado     Unión libre     Separado     Divorciado     Viudo

Género:  Masculino     Femenino      Idioma:  Inglés     Español     Otro

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

**Persona responsable de pagar la factura:**

**Nombre**      **Inicial segundo nombre**      **Apellido**      **Relación con el paciente**      **Número de Seguro Social**

Nombre de la compañía Aseguradora (VA/Medicare/Comercial/Plan de Salud Compartido)      Fecha de vigencia

Incluya a TODAS las personas que viven en el hogar, incluido el solicitante. Indique a quién está reclamando en su declaración de impuestos (si es necesario use una hoja de papel adicional)

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Dependiente declarado en los impuestos (S/N)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

¿Los servicios están relacionados con una indemnización por accidentes laborales o un reclamo por accidente de vehículo motorizado?  Sí       No

¿Es titular de un plan de ahorro compartido para la salud? (Christian Health Ministry, Good Samaritan, etc.)  Sí     No

Hay alguien en su hogar que (Marque todo lo que corresponda):

► ¿Está embarazada?    ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Ha sido víctima de un crimen que causó lesiones? ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Esté discapacitado? ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿No es ciudadano de Estados Unidos?    ¿Quién? \_\_\_\_\_

Si es LPR, ¿cuántos años? \_\_\_\_\_



Información de ingresos mensuales del hogar	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Nombre del miembro del hogar			
Nombre del empleador			
Horas por semana trabajadas			
Ingresos mensuales de:			
Salario por hora			
Trabajo por cuenta propia			
Cuentas de Inversión			
Alquiler de inmuebles			
Desempleo			
Jubilación			
Seguro Social			
SSI			
Pensión alimenticia/manutención infantil			
Asistencia pública/Cupones para alimentos			
Otros ingresos			
<b>¿Alguien en el hogar tiene alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)</b>			
<input type="checkbox"/> Saldo de una cuenta corriente			
<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros para la salud			
<input type="checkbox"/> Saldo de cuenta de ahorros			
<input type="checkbox"/> Saldo de cuenta de CD			
<input type="checkbox"/> Valor de bonos			
<input type="checkbox"/> IRA, 403(b), 401(k)			
<input type="checkbox"/> Otros ahorros e inversiones			

Si no tiene ingresos mensuales, adjunte una explicación de cómo está cubriendo sus gastos de subsistencia mensuales.

INFORMACIÓN OBTENIDA DE \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

Estoy solicitando asistencia financiera con Community HealthCare System (CHCS). Entiendo que la expectativa de CHCS es que los pacientes utilicen todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus facturas médicas antes de que se considere u otorgue la asistencia financiera. La información que he proporcionado en esta Solicitud y los documentos justificativos son verdaderos y completos. Al firmar este formulario, acepto permitir que CHCS verifique mis antecedentes de empleo y crédito con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones e instalaciones a divulgar información sobre mi situación crediticia o financiera a CHCS para este mismo fin. Entiendo que CHCS puede requerir comprobantes más específicos de cualquier información en esta FAA y documentos justificativos. Si alguna información en esta FAA y en los documentos justificativos se considera que es falsa, engañosa o incompleta, mi solicitud de asistencia será denegada. CHCS se reserva el derecho de reevaluar y/o cancelar cualquier designación de servicio caritativo si no se divulga información esencial o si la información fue tergiversada o retenida deliberadamente, o si yo (o mis herederos) solicitamos o entablamos una acción civil contra un tercero por lesiones o daños personales (incluyendo cargos/gastos médicos). Entiendo y estoy de acuerdo que cualquier ayuda financiera otorgada por CHCS no puede ser utilizada por mí ni por mis representantes legales en ninguna negociación, acuerdo o demanda con el propósito de mejorar una adjudicación por daños monetarios. Si esto ocurre, acepto que CHCS tiene el derecho de revocar cualquier designación de servicio caritativo y cobrar todos los cargos.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha