

**APLICACION DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Para que un paciente sea elegible para asistencia financiera esta aplicación debe ser completado y por favor juntar su documentos solicitados. Por favor devuelva la aplicación a: UKHS Great Bend Campus ATTN: Patient Accounts - 514 Cleveland St, Great Bend, KS 67530

Nombre De Solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion De Correo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero De Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Numero De Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero De Cuenta (s) Del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Direccion De Correo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero De Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posician:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Esposo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro De Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Fecha De Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador Del Esposo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Posician:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El numero de miembros en la familia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Inclusive usted, su esposo, sus ninos, y cualquiera viviendo con usted que usted sostiene. Tambien, los estudiantes, a pesar de su residencia, que es sostendido por sus padres u otros relacionados por el Nacimiento, el casamiento, o la adopcion se consideran para estar residiendo con los que los sostienen.)

**LOS INGRESOS: LISTE LOS INGRESOS PARA SU FAMILIA DE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PACIENTE RESPONSIBLE** | **PARAJA** |
| **SALARIO** |  |  |
| **SEGURIDAD SOCIAL** |  |  |
| **SUBSIDIO DE DESEMPLEO** |  |  |
| **OTROS INGRESOS** |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |



**APLICACION DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**GASTOS MEDICOS**: LA LISTA DE TODOS LOS PAGOS QUE USTE HACE MENSUALMENTE Y APROXIMESE LA CANTIDAD(ES) QUE DEJO DEBIENDO. SEA ESPECIFICO Y COMPLETE LO MAS POSSIBLE.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE PROVEEDORES MEDICOS** | **PAGO MENSUAL** | **SALDO** |
| **GASTOS MEDICOS** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL:** |  |  |  |

**VALOR** **PAGO MENSUAL**

Residence - Rentar / Propio (Circule Uno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otra Propiedad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted Puede ser elegible para recibir asistencia financiera si cumple con uno o más de estos criterios:

Please check all that apply:

* + Sin hogar o recibir atención de una clinica sin hogar
  + Recibir cupones para Comida
  + Paciente ha fallecido
  + Familia o amigos de un paciente proporcionan información que establezca la incapacidad del paciente para pagar
  + Paciente califica para la Sección 8 de Vivienda de cupon
  + Paciente o familiar directo califican para comidas gratis oa precio reducido a través de la National School Lunch Program
  + Paciente o familiar directo califican para Women, Infant, and Children (WIC) Program
  + Excesivo gastos médicos

Yo pido de que **UKHS Great Bend Campus** haga una determinacion escrita de mi elegibilidad para la ayuda financier. Certifico que la informacion de encima es verdad y correcto. Entiendo que la informacion que yo someto con respect a mis ingresos, el tamano de grastos y familia es comprobacion susceptible por **UKHS Great Bend** y que presentemente los autorizo ser verifica. Entiendo Tambien que si la informacaion que yo me someto es determinada serf also, tal determinacion tender como resultado la negacion de proporcionar ayunda financier, y que sere responsable de cargos de servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Firma Del Paciente O Representante Legal** **Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Relacion Con El Paciente**

Nuestro representante Asesore Financiera Vicky Morrison & Giselle Martinez está listo para ayudar a usted y su familia en relación con todas sus preguntas y inquietudas. Consejeros esta disponsibles Lunes a Viernes: 8:00 AM a 4:00 PM. Para ayuda por favor llame al numero: Vicky (620) 791-5054 (Espanol = (620) 791-6844)