



Estimado Paciente:

Gracias por elegir McPherson Hospital para sus necesidades de cuidado de la salud.

El Formulario adjunto le permitirá solicitar asistencia financiera. Por favor, rellene el formulario y asegúrese de incluir una prueba de ingresos y recursos para calificar. Si no devuelve el formulario dentro de 30 días a partir de su recepción, o no proporciona prueba válida de su ingreso, su solicitud puede ser denegada.

Usted debe presentar al menos:

- \*Prueba de residencia de Kansas (copia de la factura de servicios públicos, etc.)
- \*Copia de la última declaración de impuestos, o la no presentación de declaración
- \* Tres talones de pago más recientes de cada asalariado en el hogar
- \*Copia de extractos bancarios mas recientes de todas las cuentas actuales
- \*Otra documentación que acredite sus ingresos (manutención infantil, jubilación, SSI, etc.)

Las aplicaciones pueden ser devueltos a:

McPherson Hospital

Haase & Long Office

Attn: Haase & Long siempre Caridad programa

1000 Hospital Dr.

McPherson, KS 67460

No dude en contactar con nosotros si tiene preguntas.

Sinceramente,

McPherson Hospital de Caridad Programa

# Aplicación de Asistencia Financiera

## McPherson Hospital, Inc.

Esta aplicación es para futuros o pasados servicios?  Servicios futuros  Fechas pasadas de servicio  
 Cta. # \_\_\_\_\_

**Información del Paciente:**

Apellido                      Primer Nombre                      Inicial Media                      Número de Seguro Social                      Fecha de nacimiento

Dirección de la Calle    Ciudad    Estado                      Código postal

Dirección de correo    Ciudad    Estado                      Código postal

Por favor, marque la casilla correspondiente:  Soltero(a)  Casado(a)  Pareja Conviviente  Separado(a)  
 Divorciado(a)  Viudo(a)

Género:  Masculino  Femenino                      Idioma:  Inglés  Español  Otro

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**Persona Responsable del Pago de la Factura:**

Apellido                      Primer Nombre                      Inicial Media                      Relación con el paciente                      Número de Seguro Social

Nombre de compañía de seguros (VA, Medicare, comercial, AFLAC, etc.)                      Fecha efectiva

Por favor indicar todas las personas que viven en el hogar, incluyendo al solicitante. Indicar a quien reclama en su declaración de impuestos: (Utilice hoja adicional si es necesario)

NOMBRE	RELACIÓN CON PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	DEPENDIENTE DE IMPUESTOS (S/N)
1.	Yo			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

¿Los servicios son relacionados con la compensación de trabajadores o reclamación de accidente de vehículo de motor?  Sí  No

¿Hay alguien en su hogar: (Marque todas las que correspondan)

- Embarazada                      Quién? \_\_\_\_\_
- Una víctima de un crimen que causó lesiones                      Quién? \_\_\_\_\_
- Deshabilitado                      Quién? \_\_\_\_\_

- No es un ciudadano de los EE.UU. Quién? \_\_\_\_\_  
 Si es Residente Permanente Legal cuántos años? \_\_\_\_\_ Estado migratorio: \_\_\_\_\_
- Elegible para el seguro de COBRA Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene o piensa presentar una demanda por lesiones personales para compensar por las lesiones recibidas?  Si  
 No
- ¿Recibe Subsidio de Viviendas, Asistencia Alimentarios o WIC?  Sí  No

**INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE INGRESO DE LOS HOGARES:**

	Paciente	Spouse/Co-Applicant
Ingreso antes de impuestos		
Ingreso de negocio propio		
Desempleo		
Seguro Social/ Seguridad de Ingreso Suplementario (please specify)		
Jubilación (Pensión, Aualidad)		
Pensión alimenticia / Manutención de Menores		
Intereses y dividendos de cuentas de inversion		
los ingresos por alquiler de inmuebles		
Otros Ingresos		
Ingresos totales		

El ingreso total de los hogares

**Monthly Household Expense Information:**

	Total		Total
hipoteca / alquiler		Compra de comida	
electricidad		Pago del coche (s)	
gas doméstico		guardería	
agua/ alcantarilla		manutención de los hijos/ Pensión alimenticia	
teléfono/ Teléfono móvil		préstamos estudiantiles	
Cable/Internet		gastos médicos	

Si no tiene ingresos mensuales por favor dar una explicación de cómo sobre lleva sus gastos mensuales

INFORMACIÓN OBTENIDA DE: \_\_\_\_\_ RELACION CON PACIENTE: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando asistencia financiera con McPherson Hospital como agente de facturación/colección para los proveedores de salud afiliados indicados anteriormente. Yo entiendo que es la expectativa de McPherson Hospital que los pacientes utilcen todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus cuentas médicas antes de la asistencia financiera que será considerada o concedida. La información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos complementarios son verdaderos y completos. Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo de permitir que McPherson Hospital pueda verificar mi empleo y historial de crédito con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones y facilidades de revelar información concerniente a mi crédito o situación financiera a McPherson Hospital para este mismo propósito. Entiendo que McPherson Hospital puede requerir pruebas más específicas de cualquier información en este FAA y confirmación de documentos de apoyo que será proporcionado bajo petición. Si alguna información en este

FAA y los documentos de apoyo se encuentra que son falsos, engañosos o incompletos, mi solicitud para asistencia será negada. McPherson Hospital se reserva el derecho de re-evaluar y/o revertir la designación de cualquier servicio caritativo y si la información material no se revela, o la información fue falsificado o deliberadamente retenido, o si yo (o mis herederos) hago una demanda o presento una acción civil contra un tercero por daños personales o daños (incluyendo cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que cualquier asistencia financiera otorgada por McPherson Hospital no puede ser utilizado por mí o mis representantes legales en cualquier negociación, asentamientos o demanda legal con el propósito de mejorar una indemnización de daños y perjuicios monetarios. Si esto ocurre, estoy de acuerdo que McPherson Hospital tiene el derecho de revertir cualquier designación de servicio caritativo y perseguir cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que prestó servicios médicos al paciente antes mencionado puede presentar y mantener un embargo preventivo del hospital antes o después de la concesión de asistencia financiera en todas las fuentes de recuperación posibles.

---

Firma del Solicitante

Fecha

---

Co-firma del solicitante

Fecha

Edition 6/8/16