



PO Box 308 | Newton, KS 67114

OFFICE USE	Account #s _____	Percentage _____
	_____	HH Size _____
	_____	Guideline _____
	_____	Date Range _____
	_____	Initial Acct _____

SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN MÉDICA

Consulte la [Política ayuda para atención médica \(HCA 501R\)](#) de NMC Health para ver los criterios de elegibilidad.

Fecha de solicitud: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad	Número de seguro social
	Dirección del paciente		Ciudad		Estado	Código postal
	Celular/teléfono del paciente	Teléfono de trabajo del paciente		Médico de atención primaria del paciente		
	¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el paciente un residente legal/permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Presentó el paciente una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja el paciente/cónyuge por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre					

Marque todas las casillas que apliquen al paciente y adjunte la documentación de respaldo.

Paciente fallecido Fecha de fallecimiento: _____ (entregue una copia del certificado de defunción)

Paciente sin hogar Explique: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE	1.er GARANTE				2.do GARANTE			
	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otra _____				Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otra _____			
	Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
	Dirección				Dirección			
	Ciudad	Estado	Código postal		Ciudad	Estado	Código postal	
	Teléfono		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Teléfono		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
	Empleador (nombre y dirección)				Empleador (nombre y dirección)			
	Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado				Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado			
Si está desempleado, ¿cómo se mantiene?				Si está desempleado, ¿cómo se mantiene?				
Fecha del último cheque de desempleo recibido:				Fecha del último cheque de desempleo recibido:				

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR	FAMILIARES QUE VIVEN EN LA CASA, incluya a los niños que aún no nacen (use una hoja aparte si es necesario)								
	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación	SSN	¿Declara impuestos?	¿Está embarazada?	¿Trabaja?	

COBERTURA DEL PACIENTE	¿Tiene el paciente cobertura de un seguro médico o de un tercero pagador? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Otro seguro _____ <input type="checkbox"/> Plan médico compartido <input type="checkbox"/> No asegurado
	Cobertura adicional o terceros pagadores (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Demanda <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Lesión personal <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Parte responsable <input type="checkbox"/> Compensación a víctimas de delitos Acuerdo esperado \$ _____

INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR	INFORMACIÓN DEL INGRESO (escriba cantidades mensuales)		
	Seguro social por SSI/SSDI \$	Beneficios para veteranos \$	Pensión/jubilación \$
	Ayuda en efectivo del gobierno \$	Otros ingresos (es decir, ingresos por alquiler) \$	
	Pensión alimenticia \$	Manutención infantil \$	N.º de caso _____ Condado _____

RECURSOS DE LA FAMILIA	INFORMACIÓN ACTUAL DE LOS ACTIVOS (escriba el valor actual)		
	Saldo de las cuentas corrientes \$	Saldo de las cuentas de ahorro \$	
	IRA/401K/403B \$	Acciones/Bonos/CD \$	Cuentas del mercado monetario \$
	Otros activos Describe _____		Valor total calculado \$ _____

LISTA DE VERIFICACION DE LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO	COMPLETE LA SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA Y ADJUNTE COPIAS DE LO SIGUIENTE. NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES. (Los documentos no se le devolverán. Adjunte solo fotocopias).	
	<input type="checkbox"/> *Solicitud de asistencia médica completada y firmada	<input type="checkbox"/> Carta de determinación de desempleo más reciente
	<input type="checkbox"/> *Tarjeta de residencia permanente de EE. UU., si es un residente permanente (solo la copia)	<input type="checkbox"/> Si otras personas lo ayudan a cubrir sus necesidades básicas, solicite una "Carta de declaración de apoyo" a NMC Health para explicar cómo lo están ayudando.
	<input type="checkbox"/> *Declaración de impuestos federales completa más reciente, incluyendo todos los formularios aplicables W-2, 1099, 1098, etc. o la Carta de verificación de no presentación del IRS.	<input type="checkbox"/> Acuerdo de manutención infantil o pensión alimenticia según se defina en la Sentencia de divorcio, firmado por un juez y presentado al secretario del tribunal del distrito o una copia certificada de la Sentencia de divorcio.
	<input type="checkbox"/> Si su declaración de impuesto incluye un Anexo B 1040, incluya el estado de cuenta más reciente de cada uno de sus proveedores de servicios financieros, que liste los valores actuales de sus inversiones	<input type="checkbox"/> Comprobante de dirección física (al menos dos de los siguientes: recibo de servicios públicos, del alquiler o la hipoteca del mes actual o anterior)
	<input type="checkbox"/> Carta de beneficios de ayuda en efectivo del gobierno	<input type="checkbox"/> Carta de beneficios de seguro social/discapacidad
*Debe incluir este documento. <i>NOTA: Es posible que también se necesiten otros documentos.</i>		

DECLARACIÓN PERSONAL	Escriba información detallada en el espacio de abajo, describiendo su situación económica actual y por qué no puede pagar su saldo hacer pagos mensuales. Sea específico. Use una hoja aparte si es necesario.

Cualquier solicitud sin firmas o sin la documentación necesaria no se procesará hasta que se reciba la información.

Quiero solicitar ayuda económica mediante NMC Health. Entiendo que NMC Health espera que los pacientes usen todos sus recursos económicos disponibles para pagar sus facturas médicas antes de que se les dé la ayuda económica.

Certifico que la información que di arriba es verdadera y completa. Firmando este formulario, acepto permitir que NMC Health revise mi historia laboral y crediticia con el objetivo de determinar mi elegibilidad para la ayuda económica. También acepto permitir que las organizaciones y centros revelen información sobre mi situación económica a NMC Health para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda económica. Entiendo que puede ser necesario que me pidan que entregue pruebas de la información de arriba. Entiendo que NMC Health se reserva el derecho de revocar cualquier aprobación de beneficencia si no se ha revelado información relevante o si la información se tergiversó u ocultó intencionalmente. En dichos casos, la aprobación de beneficencia se revocará y NMC Health cobrará la totalidad de los cargos. Si mi solicitud está incompleta o se descubre que la información es falsa o engañosa, entiendo que se denegará mi solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cosolicitante

Fecha

Envíe por correo a: NMC Health PFS HCA Team, PO Box 308, Newton, KS 67114-0308 | Entregue de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (cerrado los días festivos) en: NMC Health Surgery Center, 800 Medical Center Dr, Basement Room 0017, Newton KS 67114 | Fax: 316-804-6280 | Llamadas: 316-283-2700 ext. 1951