

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATIONS

Olathe Medical Center, Inc. and Miami County Medical Center, Inc.

Instrucciones

Si se ha presentado un gasto médico imprevisto en un momento cuando usted no puede pagar por estos servicios, usted podría calificar para recibir asistencia financiera. Por favor llene la solicitud de Asistencia Financiera, para determinar si usted califica o no para recibir asistencia financiera. Dependiendo del nivel de asistencia financiera al que usted califique, pueda que su cuenta sea perdonada en su totalidad, o solo un porcentaje de ella, o que se le permita hacer pagos mínimos, o pueda que su situación actual financiera lo excluya de calificar para recibir asistencia en este momento.

Por favor mande su solicitud de Asistencia Financiera una vez llenada conjuntamente con las copias de los documentos requeridos al departamento de Servicios Financieros del Paciente a la siguiente dirección:

Patient Financial Services Department
Olathe Medical Center, Doctor's Building 2
20333 W 151st St., Suite 300
Olathe, KS 66061
(913) 324-8520

Su solicitud será procesada en completa confidencialidad.

- El formulario consiste de cinco (5) partes y todas deben ser llenadas. Formularios incompletos, serán regresados. Si una sección del formulario no aplica en su caso, escriba "NA"(No Aplica).
- Si actualmente usted esta desempleado o con permiso de trabajo sin paga, por favor indique el tiempo (incluya fechas de comienzo y final) que ha estado sin trabajo o ausente de su trabajo.
- Solo incluya los dependientes que usted señaló en su última declaración de impuestos sobre los ingresos.
- La información sobre sus ingresos se refiere a ingresos brutos (sin deducción de impuestos). Si usted recibe alguna otra clase de asistencia no indicada (por ejemplo, estampillas para alimentos), por favor indíquelo en el ultimo espacio de la columna izquierda en la Parte C, sección "Otro".
- En la sección de Gastos Médicos (mensuales) en la Parte C, incluya los gastos que no están o que no van a ser cubiertos por su seguro médico.
- Asegúrese de indicar las situaciones especiales que están afectando su estado financiero en la Parte E. Incluya fechas de desempleo o permisos de trabajo para el paciente o para el esposo/padre encargado de cuidar al paciente.
- Incluya copias, no los originales, de todos los documentos requeridos. Nosotros no garantizamos que los originales serán regresados.
- Por favor proporcione las declaraciones de impuestos de los dos últimos años junto con los formularios W-2 del presente año. Su firma debe estar en las declaraciones de impuestos.
- Incluya recibos/talones de sus cheques de sueldo de los últimos dos (2) meses de todos sus trabajos.
- Incluya una copia del Anexo C de la declaración de impuestos de negocio propio.
- Si su ingreso anual ha cambiado en forma significativa de un año para el otro, por favor anote las razones.
- Incluya copias de los estados de cuenta de banco de los últimos dos (2) meses de todos sus trabajos.
- Si usted recibe beneficios de Seguro Social, por incapacidad, desempleo o estampillas para alimentos, por favor incluya una copia de las cartas de aprobación.
- Firme y ponga la fecha en la solicitud de Asistencia Financiera antes de que la envíe al departamento de Servicios Financieros del Paciente (Patient Financial Services Department).

Si necesitáramos información adicional, primero trataremos de contactarlo por teléfono, y si no podemos hacerlo, entonces le enviaremos una carta pidiéndole la información adicional requerida para completar este trámite. Luego le notificaremos por escrito, cuando tengamos su dirección nueva, del resultado de su solicitud. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios Financieros del Paciente al (913) 324-8520.