

**APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**  
**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**  
**Olathe Medical Center, Inc. and Miami County Medical Center, Inc.**  
**Patient Financial Services**  
**20333 W. 151<sup>st</sup> Street**  
**Olathe, KS 66061**  
**(913) 324-8520**

**Parte A**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_  
 Número del Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ # del Seguro Social de la persona responsable: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de la persona responsable (calle, ciudad, estado y código postal): \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo de empleo: \_\_\_\_\_ Salario bruto (sin deducción): \$ \_\_\_\_\_  
 por hora o  por mes

¿Usted  es dueño de su casa?  renta?  otro? Si marcó "otro", especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Si usted es dueño de su casa, cuánto es la cantidad total que debe? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el valor actual de su casa? \$ \_\_\_\_\_

Domicilio del paciente (si es diferente al arriba mencionado): \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_  
 Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  
 Estado civil de la persona responsable:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Empleador del paciente y/o esposo (nombre y dirección): \_\_\_\_\_

Seguro social del paciente o esposo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiempo de empleo: \_\_\_\_\_ Salario bruto (sin deducción): \$ \_\_\_\_\_  por hora o  por mes

<b>Parte B - Dependientes de la persona responsable: (como indicado en última declaración de impuestos)</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>

**Parte C**

**Ingreso Familiar Bruto Por Mes**

\$ \_\_\_\_\_ Salario de la persona responsable  
\$ \_\_\_\_\_ Salario del esposo/a o padre/madre  
\$ \_\_\_\_\_ Beneficios del Seguro Social  
\$ \_\_\_\_\_ Beneficios de Incapacidad  
\$ \_\_\_\_\_ Asistencia Pública  
\$ \_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia/Mantenimiento de Hijos  
\$ \_\_\_\_\_ Pensión  
\$ \_\_\_\_\_ Ingreso por Intereses  
\$ \_\_\_\_\_ Otro (especifique)

\$ \_\_\_\_\_ **INGRESO TOTAL MENSUAL**

**Gastos Mensuales**

\$ \_\_\_\_\_ Vivienda  
\$ \_\_\_\_\_ Servicios Públicos  
\$ \_\_\_\_\_ Seguros  
\$ \_\_\_\_\_ Pagos de Automóvil  
\$ \_\_\_\_\_ Cuentas de Crédito  
\$ \_\_\_\_\_ Gastos Médicos  
\$ \_\_\_\_\_ Comida  
\$ \_\_\_\_\_ Otro (especifique)

\$ \_\_\_\_\_ **GASTOS TOTALES**

**Parte D**

Nombre del banco de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Saldo cuenta de cheques: \$ \_\_\_\_\_ Saldo cuenta de ahorros: \$ \_\_\_\_\_

Bienes:  Acciones/Bonos/Certificados de Depósito Valor: \$ \_\_\_\_\_

Propiedad (especifique): \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_

Saldo de la hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Otros bienes (ejemplo: autos, seguros de vida, etc.) por favor especifique: \_\_\_\_\_

Valor: \$ \_\_\_\_\_

Valor: \$ \_\_\_\_\_

**Parte E**

Situaciones especiales que afecten su estado financiera: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parte F – La siguiente documentación mínima DEBE acompañar esta solicitud de asistencia. Pueda que se requiera información adicional, especialmente si hubiera habido algún cambio significativo en su ingreso anual de un año para el otro.**

1. Formulario del Income Tax Return/la declaración de impuestos sobre los ingresos del año pasado (copia firmada). Incluya anexos de declaración de impuestos de negocio propio.
2. Formularios W-2 del año pasado.
3. Recibo/talón de sus cheques de sueldo de los últimos dos meses.
4. Estados de cuenta del banco de los últimos dos meses.
5. Copias de las cartas de aprobación de beneficios de Seguro Social o Asistencia Pública.

Si su solicitud es para una extensión de los pagos mensuales, sírvase indicar la cantidad total que propone usted pagar mensualmente \$ \_\_\_\_\_.

Con mi firma, yo certifico que la información arriba mencionada sobre mi actual situación financiera es completa y correcta, y autorizo para que verifiquen dicha información.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_