

**APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

Olathe Medical Center, Inc. and Miami County Medical Center, Inc.
Patient Financial Services at (913)324-8520

Dirección Postal:
14425 College Blvd., Ste 100
Lenexa, KS 66215
Atención: Patient Financial Services

Ubicación Física:
14425 College Blvd, Ste 100
Lenexa, KS 66215

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

Parte B - Dependientes de la persona responsable: (como indicado en última declaración de impuestos)

Nombre	Parentesco	Edad

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: \$ _____

Otros bienes (ejemplo: autos, seguros de vida, etc.) por favor especifique: _____
Saldo de la hipoteca: \$ _____
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 Federal Income Tax Return (la declaración de impuesto federal 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: _____