FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
(SPANISH)
APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- ☐ **Olathe Medical Center, Inc.**
- ☐ **Miami County Medical Center, Inc.**
- ☐ **Olathe Health Physicians, Inc.**
- ☐ **Family Medicine –Paola, Louisburg, Osawatomie**

Patient Financial Engagement Services al (913)-355-8275 o
Email: financial.assistance@kumc.edu

For Office Use Only (para uso de la oficina únicamente)

MRN# _____ **Guarantor#** _____ **Date Received:**_____

Approved: **Yes**☐ **No**☐ **Effective Dates:** _____ **to** _____ **Back-dated to** _____

Parte A			
Nombre completo del paciente:			
# de Seguro Social del paciente:		¿El paciente es ciudadano estadounidense?	**Sí** **No**
Fecha de nacimiento del paciente:			
Nombres alternativos utilizados:		¿Residente permanente?	**Sí** **No**

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____
Parentesco con el paciente:_____ **# del Seguro Social de la persona responsable**: _____

Domicilio de la persona responsable/paciente (calle, ciudad, estado y código postal)_____
_____ **Teléfono casa**:_____
_____ **Teléfono celular**: _____
Nombre y dirección del empleador:_____ **Teléfono trabajo**:_____
_____

Ocupación: _____ **Tiempo de empleo**: _____ **Salario bruto (sin deducción)**: **$** _____
☐ **Por hora** ☐ **Por mes**

¿Usted ☐ **Es dueño?** ☐ **Renta?** ☐ **¿Otro? Si marcó "otro", especifique**:_____

¿Si usted es dueño de su casa, cuánto es la cantidad total que todavía debe? $_____
¿Cuál es el valor actual de su casa? $ _____

Seguro médico:
Tengo/tenemos Medicare o Medicaid: Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique el nombre(s)_____

Tengo/tenemos otro seguro: Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, rellene lo siguiente:

Persona asegurada	Aseguradora	Nº de póliza	Tipo de cobertura

Estado civil del paciente:
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

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

Empleador del esposo/a (nombre y dirección): _____

_____

Seguro social del esposo/a:_____ **Ocupación**: _____

Tiempo de empleo: _____ **Salario bruto (sin deducción): $**_____ ☐ **Por hora** ☐ **Por mes**

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

Nombre completo:	Fecha de nac.:	Parentesco:	¿Declarado en impuestos?	
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No

Parte C

Ingreso Familiar Bruto Por Mes		Gastos Mensuales	
$ _____	Salario de la persona responsable	$ _____	Vivienda
$ _____	Salario del esposo/a o madre/padre	$ _____	Servicios Públicos
$ _____	Beneficios del Seguro Social	$ _____	Seguro
$ _____	Beneficios de Incapacidad	$ _____	Pagos de Automóvil
$ _____	Asistencia Pública	$ _____	Cuentas de Crédito
$ _____	Pensión Alimenticia/Mantenimiento de Hijos	$ _____	Gastos Médicos
$ _____	Pensión	$ _____	Comida
$ _____	Ingreso por Intereses	$ _____	Otro (especifique)
$ _____	Otro (especifique)	$ _____	Otro (especifique)
$ _____	INGRESO TOTAL MENSUAL	$ _____	GASTOS TOTALES

Parte D

Banco de la persona responsable: _____

Saldo cuenta de cheques: $ _____ **Saldo cuenta de ahorros**: $ _____

Bienes: ☐ **Acciones/Bonos/Certificados de Depósito** **Valor**: $ _____
☐ **Propiedad (especifique):** _____ **Valor**: $ _____
☐ **Hipoteca** **Saldo**: $ _____

Otros bienes: ☐ **P. ej., autos, seguros de vida, etc.**
Especifique:
_____ **Valor**: $ _____

_____ **Valor**: $ _____

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 $ _____

Parte F			
Por favor, escriba a continuación una carta indicando la situación especial que afecta su situación financiera. Si falta algún documento para procesar su solicitud, explíquelo en su carta. (Por favor, sea específico.)			
Firma de la persona responsable:		**Fecha:**	

Devuelva o envíe por correo la solicitud a:
Olathe Medical Center, Inc.
Attn: Patient Access
Patient Financial Engagement Counselor
20333 W. 151st St., STE 150
Olathe, KS 66061