



Querida paciente,

Adjunto encontrará nuestra solicitud de asistencia financiera para el Minneola District Hospital. Si está interesado en solicitar asistencia directamente a través de nuestras instalaciones, complete el formulario y devuélvalo al hospital **lo antes posible**.

Recuerde que debe incluir la información de todas las personas que viven en el hogar. Deje esta información o envíela por correo a:

Minneola District Hospital
PO Box 127
Minneola, KS 67865

Además, debe incluir una copia de la siguiente información para fines de verificación de ingresos:

1. Últimos 2 meses de recibos de sueldo del empleador
2. Documentación escrita de fuentes de ingresos
3. Copia de todos los extractos bancarios de los últimos 2 meses
4. Año, marca, modelo y kilometraje de todos los vehículos
5. Declaración de impuestos federales sobre la renta del año más reciente
6. Comprobante de deuda de tarjeta de crédito
7. Comprobante de deuda médica
8. Comprobante de denegación o aprobación de Medicaid. (Si se le niega, la carta de rechazo no debe tener más de 60 días de antigüedad).

Asegúrese de incluir **TODA** la información solicitada con su solicitud. Esto garantizará un procesamiento completo y oportuno. Si se excluye alguna información, su solicitud será **rechazada**. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al departamento de facturación interna al 620-885-4264, ext. 1105. Se le enviará una carta de determinación después de que se tome una decisión sobre su solicitud.

Atentamente,

Equipo de facturación de Minneola Healthcare

Estado financiero personal para asistencia financiera

Nombre del paciente	Edad	Número de teléfono	Estado civil S M W D	Número de seguro social
Fecha Pt. Recibido:	Acct. # / Saldo:	/ \$	;Acct. # / Saldo:	/ \$
Por favor regrese por:	Acct. # / Saldo:	/ \$	;Acct. # / Saldo:	/ \$
Fecha de regreso:	Acct. # / Saldo:	/ \$	;Acct. # / Saldo:	/ \$

Paciente	Persona responsable de Bill (si no es paciente)	Relación
Calle:	Nombre:	
Ciudad, ST, Zip	Calle:	
Teléfono: ()	Célula: ()	Teléfono: () Célula: ()

EMPLEO

Empleador del paciente:	Empleador del garante:
Ocupación:	Ocupación:
Si está desempleado, nombre del último empleado:	Si está desempleado, nombre del último empleador:
¿Cuánto tiempo desempleado?☐	¿Cuánto tiempo desempleados?

LISTA A CONTINUACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE COMIENZAN CON EL PACIENTE

Nombre	Edad	Relación con el paciente

¿Tiene cobertura de seguro de salud disponible?☐ Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿por qué no está disponible para esta fecha de servicio?☐ _____

En caso negativo, indique el motivo de la falta de cobertura de seguro.

¿El costo del seguro es demasiado alto? Si _____ No _____;

¿Condición preexistente? Si _____ No _____; Otro, por favor describa _____

¿Ha solicitado Medicaid? Si _____ No _____

Fecha aplicada:☐ _____

Si se niega, fecha: _____

Motivo de la denegación: _____

Si se rechaza, adjunte una copia de la carta de rechazo de Medicaid.

INGRESO MENSUAL: adjunte copias de la prueba de ingresos				
	Paciente	Esposa	Otros miembros del hogar (mayores de 18 años)	
Salarios (brutos)	\$	\$		
Seguro Social				
Pensiones				
Desempleo / Compensación laboral				
Pensión alimenticia / manutención infantil				
Asistencia del gobierno				
Pagos por discapacidad				
Dividendos / Intereses				
Otro, Lista				
SUBTOTAL DE INGRESOS MENSUALES				
INGRESOS TOTALES:		MENSUAL: \$		ANUAL: \$
GASTOS	Balance restante	Mensualidad	ACTIVOS DEL HOGAR	VALOR
Hipoteca o pago de alquiler	\$	\$	Ahorros	\$
Pago del coche			Comprobación	
Servicios públicos (gas, electricidad, agua)			Acciones y bonos	
Cable			Fondos de inversión, dinero mercado monetario, etc	
Teléfono (incluyendo celular)			Valor en efectivo del seguro de vida	
Comida			Valor inmobiliario	
Cuidado de los niños			Valor de bienes raíces agrícolas	
Ropa			Valor de vehículos (no primario)	
Seguros (Auto, Vida, Salud)			Joyas y otros bienes personales	
Gas / Transporte			Otros activos (Describe)	
Recreación				
Médicos				
Hospitales				
Otro médico				
Tarjetas de crédito				
Otros gastos (Describe)				
			TOTAL DE ACTIVOS DEL HOGAR:	\$
			DEUDAS DEL HOGAR	VALOR
			Préstamo hipotecario	\$
			Auto préstamo	
			Deuda de tarjeta de crédito	
			Otros: Gastos totales de "Saldo adeudado"	
			columna - (Hipoteca + Préstamo de coche + Cr, Tarjetas)	
TOTAL EXPENSES:	\$	\$	DEUDAS TOTALES DEL HOGAR:	\$
OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA				
VERIFICO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CORRECTA Y COMPLETA. AUTORIZO LA VERIFICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN Y ENTIENDO QUE SE PUEDE SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL. SI SE ENCUENTRA QUE CUALQUIER INFORMACIÓN ES FALSA, SE PUEDE ANULAR EL ARREGLO FINANCIERO O LA ASISTENCIA.				
Firma del paciente / parte responsable			Fecha:	
USO DE OFICINA SOLAMENTE				
Application Determination:		Approved / Denied		Date Determination Letter Mailed:
Approval Amount:				
Reason for Denial:				
Hospital Representative Signature(s)				Date: