

Solicitud de asistencia financiera



PARTE A – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nac. _____ N.º Seg. Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Tel. hogar _____ Tel. celular _____ Tel. laboral _____

Estado civil: Soltero Pareja conviviente Casado Separado Divorciado Viudo

¿Alguno de sus dependientes tiene alguna cuenta del North Kansas City Hospital que se deba tener en cuenta dentro de esta solicitud? Sí No

PARTE B – DOCUMENTOS

Adjunte copias de los siguientes documentos:

- Declaración de impuesto sobre la renta más reciente
- Extractos bancarios de los últimos dos meses
- Recibos de pago de los últimos dos meses o carta de Seguridad Social/Beneficios por incapacidad

Si no puede presentar esta documentación, comuníquese con un consejero de Recursos (816.691.2598) para analizar otras pruebas que se pueden presentar para demostrar la elegibilidad.

PARTE C – INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Algunos ejemplos son: cónyuge, pareja conviviente, padre, madre, tutor, garante, etc.

Apellido _____ Nombre _____ Relación con el paciente _____

N.º Seg. Soc. _____ Tel. hogar _____ Tel. celular _____ Tel. laboral _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

PARTE D – DEPENDIENTES

Haga una lista de todos los dependientes que residen en el domicilio del solicitante **por quienes el solicitante asume la responsabilidad financiera.**

Marque el casillero correspondiente a la relación para cada dependiente. **Agregue una hoja adicional si fuese necesario.**

NOMBRE	EDAD	CÓNYUGE/PAREJA	PADRE/MADRE	HIJO (MENOR DE 21)	OTROS

Número de personas en el domicilio familiar: _____ Número de hijos menores de 21 en el hogar: _____ SIGUE>

PARTE E – INGRESOS Y ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR

Bruto mensual (los últimos 30 días)

Fuente de ingresos	Paciente/Solicitante	Cónyuge/Pareja conviviente	Tipo de activo	Paciente/Solicitante	Cónyuge/Pareja conviviente
Salario/sueldo bruto	\$	\$	Si es propietario, valor de la vivienda	\$	\$
Beneficio de la Seguridad Social	\$	\$	Saldo de préstamo	\$	\$
Beneficio por incapacidad	\$	\$	Otros bienes, valor	\$	\$
Beneficio por desempleo	\$	\$	Saldo de préstamo	\$	\$
Asistencia Social	\$	\$	Acciones/Bonos	\$	\$
Pensión alimentaria/Manutención de hijos	\$	\$	Certificado de depósito (CD)	\$	\$
Ingreso por alquiler/comercial	\$	\$	Cuenta Individual de Jubilación (IRA)/Fondo de Retiro	\$	\$
Préstamos/Becas estudiantiles	\$	\$	Cuenta corriente/Caja de ahorros	\$	\$
Otro	\$	\$	Cuenta(s) de inversión	\$	\$
Ingreso total	\$	\$	Activos totales	\$	\$

Si el ingreso es \$0, marque todas las opciones que corresponda:

- Vive con familiares
 Vive con amigos
 Retirado
 Desempleado
 Incapacitado
 Sin hogar
 Estudiante

Otro: _____

PARTE F – FIRMA

Con mi firma a continuación, certifico que la información anterior es una declaración precisa y completa de mi situación financiera actual y otorgo mi permiso para verificar esta información.

Firma del paciente/Parte responsable _____

Fecha _____



2800 Clay Edwards Dr.
North Kansas City, MO 64116
816.691.2000
nkch.org

Donde la atención es personalizada.