



485 N KS HWY 2
Anthony, KS 67003
620.914.1200
pattersonhc.org

PROGRAMA DE CUIDADOS NO COMPENSADOS

Patterson Health Center se dedica a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Entendemos que el pago de estos servicios puede representar una dificultad financiera para usted en este momento. Por lo tanto, le ofrecemos la oportunidad de solicitar asistencia financiera. A continuación, encontrará una solicitud que demuestra su situación financiera. **Debe completar este documento en su totalidad para recibir consideración para nuestro programa de asistencia financiera.** Si su situación financiera cumple con los criterios establecidos por Patterson Health Center, parte o la totalidad de su saldo de cuenta puede ser perdonado. La información recibida será tratada como confidencial y se usará únicamente para determinar su situación financiera.

Además de una solicitud completa, por favor proporcione lo siguiente:

- Copia de su declaración de impuestos federal 1040 más reciente, incluyendo todos los anexos aplicables.

Y uno de los siguientes:

- Copia de los dos últimos talones de pago de cualquier persona que contribuya con ingresos al hogar.
- Carta de concesión del Seguro Social o el 1099 más reciente si recibe Seguro Social (Si recibe Seguro Social y también tiene otros ingresos, por favor proporcione prueba de ingresos adicionales).

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la oficina comercial al (620) 914-1200 opción 1.

Certifico que toda la información y documentación de respaldo es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que la información proporcionada se usará para determinar mi capacidad de pago por los servicios proporcionados por Patterson Health Center. Autorizo a Patterson Health Center a verificar la información proporcionada en este documento. Patterson Health Center no ha hecho ninguna representación de que la asistencia financiera esté garantizada.

Nombre (Imprimir) _____ Firma _____ Fecha _____

SOLICITUD DE CUIDADOS NO COMPENSADOS

Datos Demográficos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono Celular (Cónyuge): _____

Por favor, enumere a todas las personas adicionales que viven en su hogar:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ingresos a Reportar

- Ingresos del Trabajo
 - - Salarios/propinas
 - - Compensación por desempleo
 - - Compensación de trabajadores
 - - Ingresos netos de un negocio propio o granja
- Pensiones/Jubilación/Seguro Social
 - - Pensiones
 - - Ingresos de jubilación
 - - Seguro Social
 - - Pagos de veteranos
 - - Seguro Social Suplementario
- Asistencia Social/Manutención de Menores/Pensión Alimenticia
 - - Pagos de asistencia pública
 - - Pagos de bienestar social
 - - Pagos de pensión alimenticia
 - - Pagos de manutención de menores
- Otros Ingresos
 - - Ingresos de un segundo trabajo
 - - Beneficios por discapacidad
 - - Ingresos por alquiler
 - - Intereses/dividendos
 - - Ingresos de herencias/fideicomisos/inversiones
 - - Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar

Los ingresos brutos del hogar deben declararse con precisión para todos los que viven en el hogar. Los ingresos brutos son sus ingresos antes de cualquier tipo de impuestos o deducciones. Los tipos de ingresos enumerados anteriormente deben ser informados.

¿Cuál es el ingreso bruto mensual del hogar? _____

Si no se enumeran ingresos, explique cómo se cubren sus necesidades de vivienda, alimentación, ropa, etc.

Para Uso Interno de la Oficina Solamente:

Fecha en que la solicitud fue recibida por Patterson Health Center: _____

Saldos de cuenta elegibles para Cuidados No Compensados:

Hospital: _____

Clínica: _____

Total: _____

% de Descuento aprobado: _____

Monto de descuento aprobado: _____

Firma del CEO: _____ Fecha: _____

Si el saldo de la cuenta es de \$2,000 o más:

Firma del Comité de Finanzas: _____ Fecha: _____