



Pratt Regional Medical Center Asistencia financiera del Centro Médico Regional Pratt

200 Commodore St. | Pratt, KS 67124 | 620.672.7451 | prmc.org

Información sobre la evaluación

1. ¿Necesita un intérprete? Sí No. *En caso afirmativo, indique el idioma de preferencia:*
2. ¿El paciente solicitó Medicaid? Sí No. *Es posible que deba presentar una solicitud antes de que se pueda considerar la concesión de una asistencia financiera.*
3. ¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como el programa Alimentos Básicos o el programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)? Sí No
4. ¿El paciente está actualmente sin hogar? Sí No

Tenga en cuenta lo siguiente:

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir la asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y le solicitemos información adicional o una constancia de ingresos.
- Le notificaremos si califica para recibir la asistencia dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud completa y la documentación.

Información del paciente y del solicitante

Nombre del paciente:	Segundo nombre del paciente:	Apellido del paciente:
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social (opcional):
Dirección postal: _____ _____ _____		Números de contacto principales: _____ _____
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura: <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (¿cuánto tiempo hace que está desempleado?: _____) <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro _____		



Pratt Regional Medical Center Asistencia financiera del Centro Médico Regional Pratt

200 Commodore St. | Pratt, KS 67124 | 620.672.7451 | prmc.org

Información familiar

Haga una lista de los miembros de su familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "La familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA: _____

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	Si tiene 18 años o más: Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):

Información sobre ingresos

RECUERDE: Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.

Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que indique sus ingresos.

Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada. Algunos ejemplos:

- Un formulario de declaración de retención "W-2".
- La declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluidos los anexos, si corresponde.
- Carta de ingresos del seguro social.
- Declaraciones por escrito y firmadas por empleadores u otras personas.
- La aprobación o la denegación de elegibilidad para obtener la compensación por desempleo.

Acuerdo del paciente

Comprendo que el Centro Médico Regional Pratt puede verificar la información proporcionada y obtener información de otras fuentes para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Confirmando que, a mi leal entender, la información anterior es verdadera y correcta. Comprendo que, si se determina que la información financiera que brindo es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera y es posible que sea responsable y se prevea que pague los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud: _____ Fecha: _____