



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA		Envíe la solicitud completa y todos los documentos de respaldo requeridos a: Pratt Regional Medical Center 200 Commodore St. Pratt, KS 67124	
MRN#			
Garante #			
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente: <small>(nombre, inicial segundo nombre, apellido)</small>		¿Es el paciente ciudadano estadounidense? ¿Residente permanente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento del paciente:		# Seguro Social del paciente	
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
¿Está el paciente cubierto por un seguro de salud?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El paciente ha solicitado los beneficios de Medicaid en los últimos 6 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si no, explique por qué:			
¿Se le han negado los beneficios de Medicaid al paciente en los últimos 6 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Si al paciente se le negaron los beneficios de Medicaid en los últimos 6 meses, adjunte una copia del aviso de denegación</i>			
¿Tiene el paciente pendiente alguna demanda, arreglo, reclamo por lesión personal, compensación laboral o reclamo de responsabilidad?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marque todas las casillas que correspondan al paciente y adjunte la documentación de respaldo			
<input type="checkbox"/>	Paciente elegible para Medicaid pero no en la fecha del servicio, o no elegible para servicios no cubiertos		
<input type="checkbox"/>	Paciente fallecido	Fecha de muerte:	
<input type="checkbox"/>	Paciente encarcelado	Fecha de encarcelamiento:	
<input type="checkbox"/>	Paciente sin hogar	Explique:	
INFORMACIÓN DEL GARANTE			
Relación del garante con el paciente:		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/>	Otro (explicar):		
Nombre del garante: <small>(nombre, inicial segundo nombre, apellido)</small>			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
# casa del garante:		# celular:	
Número de Seguro Social del garante:		Fecha de nacimiento del garante	
Tamaño del hogar:		Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Estado de Empleo:		Divorciado	<input type="checkbox"/> Legalmente separado
<input type="checkbox"/>	Tiempo completo	<i>Si está legalmente separado, adjunte notificación de separación legal</i>	
<input type="checkbox"/>	Tiempo parcial	Viudo	
<input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta propia		
<input type="checkbox"/>	Desempleado <i>(Si está desempleado, indique las fechas de desempleo en la sección a continuación)</i>		
<input type="checkbox"/>	Estudiante <i>Si es un estudiante y depende de préstamos estudiantiles para pagar los gastos básicos de vida, proporcione copias de los montos y asignaciones de los préstamos estudiantiles.</i>		
Nombre y dirección del empleador:			
Fecha contratación:		¿Con qué frecuencia le pagan?	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/>
¿Es usted declarado como dependiente en los impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mensual <input type="checkbox"/>	Semi mensual <input type="checkbox"/>
Salario mensual bruto:		Desde:	A:

INFORMACION DEL CÓNYUGE									
Nombre del cónyuge: (nombre, inicial segundo nombre, apellido)									
Número de Seguro Social del cónyuge:			Fecha de nacimiento:						
Estado de empleo:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Trabajador cuenta propia	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado			
Si está desempleado, indique las fechas del período de desempleo:					Desde:	A:			
Nombre y dirección del empleador:									
Fecha contratación:		¿Con qué frecuencia le pagan?			Semanal	<input type="checkbox"/>	Quincenal	<input type="checkbox"/>	
					Mensual	<input type="checkbox"/>	Semi mensual	<input type="checkbox"/>	
¿El cónyuge es declarado como dependiente en los impuestos de otra persona?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Salario mensual bruto del cónyuge:									
INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (si son más de 6 usar una página separada)									
Nombre completo: (nombre, inicial segundo nombre, apellido)			Fecha de nacimiento:		Relación:		¿Reclamado en impuestos?		
							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DE INGRESOS TOTALES (ingrese montos mensuales)									
Salarios Brutos: \$		Compensación laboral: \$							
Pensión/Retiro: \$		Desempleo: \$			Misc.: \$				
Ingreso de alquiler: \$		Pensión alimenticia/manutención infantil: \$							
Beneficios deveteranos: \$		Intereses/Dividendos: \$							
Discapacidad a corto/largo plazo: \$		SSI/SSDI Seguro Social: \$							
INFORMACIÓN DE PROPIEDADES									
Tipo:		Mensualidad:		Valor estimado:		Balance adeudado:			
Casa primaria									
2nda hipoteca									
Secundaria/casa de vacaciones									
Alquiler									
Tierra									
INFORMACIÓN DE AUTO / MOTOCICLETA / RV / BARCO / JET SKI / TRAVEL TRAILER /ETC/									
Tipo / Marca / Modelo / Año:			Mensualidad:		Valor estimado:		Balance adeudado:		
INFORMACION DE ACTIVOS MONETARIOS									
Saldo de cuenta corriente \$		Saldo de ahorro \$			CD \$				
Acciones / Bonos \$		IRA \$		401k \$					
403b \$		Otros (HSA / FSA) \$							
Certificación: al firmar a continuación, certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información puede ser revisada junto con un informe de crédito, y además entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en la solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera y cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser anulada y seré responsable de las facturas médicas.									
Firma del garante:					Fecha:				
Cónyuge (si corresponde):					Fecha:				

