



CLARA BARTON
Hospital
250 West Ninth
Hoisington, Kansas 67544

**SOLICITUD PARA RECIBIR
ASISTENCIA FINANCIERA**

Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección Ciudad Estado\Código Postal

de Teléfono de Casa # de Teléfono del Trabajo

Por favor enumere todas las personas que viven en su casa.

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social

Por favor adjunte una copia de tu tarjeta de seguro médico, o escriba NA si no tiene cobertura médica.

Nombre del Asegurado	Contacto de la Compañía de seguros	Número de Póliza\Grupo	Fecha de Caducidad

¿Ha solicitado Medicaid u otra Asistencia Estatal y/o del Condado? Sí No

Sírvase marcar con un círculo

En caso afirmativo, indique el Nombre de la Agencia y con quién está trabajando.

Nombre de la Agencia Empleado Número

¿Participa en el Programa de Descuento de Tarifas de la Clínica Médica Clara Barton?

Sí No

Sírvase marcar con un círculo

¿Tiene usted lo siguiente? Sírvase a marcar sí o no a todos los que apliquen.

En caso afirmativo, sírvase suministrar una copia los estados de cuenta de los últimos meses.

Si tiene otros ingresos que no haya incluido, por favor escríbalos o adjúntelos en una hoja por separado.

		Banco\	Nombre en			
Sí	No	Tipo de Cuenta	Assoc.	la Cuenta	Número de Cuenta	Saldo
		Corriente				
		Corriente				
		Ahorros				
		Ahorros				
		CD's (certificados de depósitos)				
		IRA (cuenta de jubilación individual)				
		Fondos				
		Cuenta\Dividendos				
		Acciones/Bonos				
		Fondos				

Por favor enumere los Vehículos, Casas, Terrenos, Propiedades Recreacionales u otras en esta sección. Si no posee alguno, marque NA.

Si sólo recibió servicios auxiliares o en la sala de emergencia, puede omitir esta sección.

Sí	No	Tipo de Propiedad	Año	Modelo	Valor Actual	Saldo

¿Vive en casa de alquiler? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente sección.

Nombre del propietario

Dirección del propietario

de Teléfono del propietario

¿Alguna vez se declaró en quiebra?

Sí No

Sírvase marcar con un círculo

En caso afirmativo, indique a continuación.

Fecha de Archivo: _____

Tipo: _____

Adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente junto con TODOS los apéndices y formularios W2.

Sírvase a facilitar la siguiente información sobre todas las personas que trabajan en su casa.

Sírvase adjuntar dos o más comprobantes de pago para cada persona en el hogar.

Persona Empleada	Nombre y Dirección del Empleador	Salario por hora	# Horas trabajadas por semana	Fechas de Pago	Próxima fecha de pago	Fecha de contratación

¿Alguien de su casa trabaja por su cuenta? Sí No

Sírvase marcar con un círculo

En caso afirmativo, Por favor complete la siguiente información.

Trabajador por Cuenta Propia	Tipo de Empleo por Cuenta Propia	Ingresos Semanales	Gastos Semanales	Fecha de inicio

Si no está empleado actualmente, Sírvase a completar la siguiente información de todos los miembros adultos del hogar.

Personas anteriormente empleadas	Nombre y Dirección del Empresario Anterior	Fecha que Recibió el Último Cheque	Motivo de Retiro del Trabajo

¿Alguien en su familia recibe ingresos no Salariales?

Adjunte una copia de la verificación de los comprobante de estos ingresos.

	Nombre del Destinatario	Cantidad Recibida	Cada Cuanto	Número de Cuenta o Destinatario
Pensión Conyugal				
Manutención de los hijos				
Donaciones				
IRA (cuenta de jubilación individual)\Fondos de Cuenta\Dividendos				
Beneficios por Jubilación				
Beneficios del Seguro Social				
Beneficios del Seguro Social				
Ayuda Financiera Estudiantil				
Beneficios por Desempleo				
Beneficios para los Ex Combatientes				
Indemnización por Accidentes de Trabajo				
Cupones de alimentos				
Otros				

14) Sirvase a indicar sus gastos mensuales actuales.

Sirvase a indicar cualquier otro gasto no incluido en la lista. Por favor suministre una copia de su factura más reciente.

Descripción de los Gastos	Pagado a/ # de Cuenta	Cantidad a pagar	Cantidad pagada por terceros
Hipoteca/Alquiler			
Eléctricidad			
Factura del Gas			
Viveres			
Cable de Televisión			
Seguro de	Auto		
	Vida		
Gas Propano			
Teléfono-	Residencial		
	Móvil		

15) Por favor indique cualquier otro pago que se presente en su hogar.

Por favor incluya cualquier otro gasto no incluido en la lista. Suministre una copia del comprobante de pago.

Descripción de los Gastos	Pagado a/ # de Cuenta	Cantidad a pagar	Cantidad pagada por terceros
Pensión Conyugal			
Préstamos Bancarios			
Tarjetas de Crédito			
Cuidado de Niños			
*Manutención de Hijos			
Gastos médicos			
Medicamentos			

** Si paga manutención de hijos, indique el número de su orden judicial en la columna Pagado a/# de Cuenta.*

16) ¿Qué cantidad mensual piensa que puede pagar? _____

Revise su solicitud y asegúrese de suministrar copias de toda la información solicitada.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su solicitud, sirvase a comunicarse con:

@hosp Kelli 620-653-5038 o Jennie 620-653-2114x1318 @clinic Terra 620-653-5054

Reconocimiento de Responsabilidad:

Al firmar esta solicitud, acepta que la ha completado, y que la información aquí contenida es correcta y veraz. Si alguna información brindada para procesar la solicitud resulta ser falsa, El Hospital y Clínicas Clara Barton se reserva el derecho de reevaluar el estado financiero de su solicitud y tomar todas las medidas necesarias, incluyendo rectificar la decisión de brindar ayuda caritativa. También entiende que la información brindada está sujeta a verificación; y por consiguiente, conceder el permiso o autorizar a cualquier Banco, Compañías de Seguro, Instituciones Financieras, agencias Federales o Estatales y cualquier prestamista, a divulgar a cualquier agente autorizado por el Hospital y Clínicas Clara Barton, información sobre sus cuentas pasadas y presentes.

Firma del solicitante _____

Fecha _____