



Children's Mercy

HOSPITALS & CLINICS

www.childrens-mercy.org

Solicitud para Ayuda Financiera

(Página 1 de 4)

8241-072S MR 05/11 (traducido 6/1/11)

INSTRUCCIONES:

1. El Hospital Children's Mercy ofrece un programa de descuento para pacientes que no son elegibles para ningún otro programa. Si es determinado que se es elegible para otro programa, se deben completar estas solicitudes antes de que se le aplique el descuento.
2. La información proporcionada en el formulario debe incluir las personas a cargo y todas las personas que residen en el hogar de la persona responsable o a cargo. El responsable es el paciente / pacientes o los padres del paciente (biológicos o adoptivos), padrastros, tutores u otra persona que tenga la responsabilidad legamente para hacer pagos al hospital por los cuidados médicos proporcionados al paciente. A menos que sea aprobado por el departamento de Admisiones, el Responsable es la persona con la que el paciente reside.
3. Formularios incompletos no serán considerados para ayuda.
4. **Incluya un comprobante de su domicilio (licencia de conducir, pago de servicios públicos, etc.).**
5. **Adjunte prueba de ciudadanía del paciente (Certificado de nacimiento, tarjeta de residencia permanente, etc.).**
6. **Adjunte una copia de la declaración de impuestos más reciente, tres (3) comprobantes de los últimos tres meses o una declaración de los salarios embretada y firmada por su empleador y cualquier otro documento que compruebe el ingreso familiar.**
7. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame a los consejeros de admisión al (816) 234-3567.

Por favor de completar y enviar ANTES DE 15 DÍAS al:

Children's Mercy Hospitals and Clinics
ATTN: Admissions Department
2401 Gillham Road
Kansas City, MO 64108

Sección 1: Familia y Tamaño del Hogar

Complete para la Persona Responsable y los individuos que residen en la misma casa que la Persona Responsable y quienes han sido reclamados en los Documentos de Impuestos Federales de la Persona Responsable.

Nombre Completo del Padre/Tutor ↓

¿Padrastró? Sí No

_____	_____	_____	_____
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Número de Seguro Social
_____	(____) _____ - _____	(____) _____ - _____	_____
Relación con el Niño(a) o los Niños(as)	Teléfono de la Casa	Teléfono de Trabajo	_____
_____	_____	_____	_____
Domicilio de la Casa	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____
Nombre del Empleador	¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?	Ocupación	_____

Nombre Completo de la Madre/ Tutor ↓

¿Madrastro? Sí No

_____	_____	_____	_____
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Número de Seguro Social
_____	(____) _____ - _____	(____) _____ - _____	_____
Relación con el Niño(a) o los Niños(as)	Teléfono de la Casa	Teléfono de Trabajo	_____
_____	_____	_____	_____
Domicilio de la Casa	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____
Nombre del Empleador	¿Por cuánto tiempo ha estado empleada?	Ocupación	_____



Children's Mercy

HOSPITALS & CLINICS

www.childrens-mercy.org

Solicitud para Ayuda Financiera

(Página 2 de 4)

8241-072S MR 05/11 (traducido 6/1/11)

POR FAVOR PONGA EN LA LISTA LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE RESIDEN CON USTED:

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro/Médico/ Otra Información	PARA USO OFICIAL – MR #
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

Sección 2: Ingreso del Hogar

Una verificación del ingreso familiar será requerida para poder procesar todas las aplicaciones. Esta sección debe de incluir los ingresos de la parte responsable y de todas las personas que residen en el hogar y que hayan sido incluidas en la declaración de impuestos federales. Adjunte una copia de la declaración de impuestos más reciente, tres (3) comprobantes de los últimos tres meses o una declaración de los salarios embretada y firmada por su empleador y cualquier otro documento que compruebe el ingreso familiar.

INFORMACIÓN DEL INGRESO FAMILIAR:

Por favor indique en la parte inferior los ingresos que su familia recibe mensualmente para cada uno de los siguientes enunciados. Esta información es necesaria para ayudarnos a determinar el importe de los descuentos que usted podría recibir.

	Cantidad	Cantidad Mensual
_____ Sueldo y Salarios		\$ _____
_____ Remuneración por Desempleo		\$ _____
_____ Compensación de los Trabajadores		\$ _____
_____ Seguro Social y/o Seguridad de Ingresos Suplementarios		\$ _____
_____ Pagos de Asistencia Pública		\$ _____
_____ Pagos a los Veteranos o Pagos por Beneficios de Supervivencia		\$ _____
_____ Ingresos por Pensión o Retiro		\$ _____
_____ Pensión Alimenticia o Manutención de los Hijos		\$ _____
_____ Intereses, Dividendos, Rentas, Regalías		\$ _____
_____ Ingresos por Concepto de Sucesiones o Fideicomisos		\$ _____
_____ Ayuda Educativa		\$ _____
_____ Otros Ingresos Incluyendo Asistencia que Provenga Fuera del Hogar		\$ _____
EL TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES (Será agregado por el asesor financiero.)		\$ _____



Children's Mercy

HOSPITALS & CLINICS

www.childrens-mercy.org

Solicitud para Ayuda Financiera

(Página 3 de 4)

8241-072S MR 05/11 (traducido 6/1/11)

Sección 3: Información de Activos

Esta sección debe incluir la información sobre los fondos fácilmente disponibles a las Personas Responsables y a todos los individuos que residen en la casa familiar como ha sido declarado en los Documentos de Impuestos Federales de la Persona Responsable. Activos como los de fondos de jubilación, tierra, edificios, y vehículos serán excluidos y no se debe reportarlos abajo.

	Cantidad	Saldo Actual
_____ Cuenta de Cheques		\$ _____
_____ Cuenta de Ahorro		\$ _____
_____ CD y/o Fondos del Mercado Monetario		\$ _____
_____ Acciones y/o Bonos		\$ _____
_____ Pagos de Suma Total		\$ _____
_____ Otros Activos		\$ _____
VALOR TOTAL CORRIENTE (Será añadido por el consejero.)		\$ _____

Sección 4: Otra Información

- ¿Tiene usted seguro médico? Sí No
Si la respuesta es sí, entonces ponga el nombre de la compañía aseguradora: _____ Póliza Número: _____
- ¿Fueron los servicios necesarios, por causa de accidente? Sí No
- ¿Es el paciente o la persona responsable elegible para alguno de los siguientes programas?
 Mujeres, Infantes y Niños- Programa (WIC) Estampillas para Comida Programas de Almuerzo Gratis de la Escuela
- ¿Alguna persona que vive en la casa actualmente recibe servicios de cuidado médico gratis de uno de los siguientes proveedores comunitarios?
 Clínica de Salud Gratis de Kansas City Servicios de Salud Swope Samuel U. Rodgers Cabot Westside
 Otros: _____

PERSONA RESPONSABLE EXPLICACIÓN, PETICIÓN, E INFORMACIÓN ADICIONALES:

Por favor, use esta sección para explicar cualquier circunstancia que hace que el pago de su responsabilidad financiera muy difícil de un punto de vista financiera. También puede proveer cualquier otro tipo de información que sería útil para las personas que revisan su solicitud para ayuda. Además puede adjuntar otros documentos adicionales que apoyan su solicitud si quiere.

