



Children's Mercy

HOSPITALS & CLINICS

www.childrens-mercy.org

Aplicación para Asistencia Financiera
(Frente)

8241-072S MR 02/07 (translated 4/26/07)

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 de completar esas aplicaciones antes de que se le aplique el descuento.
2. **Incluya 3 meses de comprobantes de ingresos o una carta de la compañía que lo emplea (ésta carta debe de tener en el encabezado el nombre de la compañía que lo emplea). Aplicaciones incompletas no serán consideradas para la asistencia.**
3. **Incluya un comprobante de domicilio (licencia de conducir, cobro de utilidades, etc.).**
Ingreso Suplementario/SSI \$ _____ Desempleo/Compensación Laboral \$ _____ Manutención de Menores \$ _____
4. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta aplicación, por favor llame a los consejeros de admisión al teléfono (816) 234-3567.

Padre/Guardián – Por favor de completar y envíe ANTES DE 15 DIAS AL:	Children's Mercy Hospital ATTN: Admissions Department 2401 Gillham Road Kansas City, MO 64108
---	--

Nombre Completo del Padre/Guardián ↓

¿Padrastra? Sí No

Apellido	Primer Nombre	Nombre intermedio	Número de Seguro Social
Relación con el Niño(a) o los Niños(as)	() - ()	() - ()	
	Teléfono de la Casa	Teléfono de Trabajo	
Dirección de la Casa	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Empleador	Por Cuanto Tiempo Empleado	Ocupación	

Nombre Completo de la Madre/Guardián ↓

¿Madrastra? Sí No

Apellido	Primer Nombre	Nombre intermedio	Número de Seguro Social
Relación con el Niño(a) o los Niños(as)	() - ()	() - ()	
	Teléfono de la Casa	Teléfono de Trabajo	
Dirección de la Casa	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Empleador	Por Cuanto Tiempo Empleado	Ocupación	

POR FAVOR LISTE EL NOMBRE DE LOS NIÑOS (QUE VIVEN CON USTED):

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Asegurancia/Médica/ Otro información	PARA USO OFICIAL – MR #
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

Si alguno otro de sus niños fuera visto después de que haya sido aprobada la asistencia financiera, por favor notifíquelo al Departamento de Admisiones.

8241-072S MR 02/07

***NO ES PARTE DEL ARCHIVO MÉDICO PERMANENTE**



Children's Mercy

HOSPITALS & CLINICS

www.childrens-mercy.org

Aplicación para Asistencia Financiera
(Atrás)

8241-072S MR 02/07 (translated 4/26/07)

Verificación de ingresos es requerida para todos los descuentos.

¿Tienen cobertura médica? No Sí

¿Fue alguno de estos servicios resultado de un accidente? No Sí

INFORMACIÓN DE LOS GASTOS DEL HOGAR:

Por favor indique las cantidades en que gasta cada mes de los siguientes artículos. Esta información es necesaria para ayudarnos a determinar la cantidad de los pagos mensuales que se le pedirá para cubrir su cuenta.

Cantidad	Pago Mensual	Cantidad que se Debe
Vivienda: _____ Renta _____ Pago de la casa	\$ _____	\$ _____
_____ Comida/Alimentos	\$ _____	
_____ Utilidades (gas, electricidad, teléfono)	\$ _____	
_____ Aseguranza (vida, automóvil, médica)	\$ _____	
_____ Pagos del automóvil	\$ _____	\$ _____
_____ Cuentas de crédito – POR FAVOR EXPLIQUE ABAJO	\$ _____	\$ _____
_____ Gastos de guardería de los niños(as)	\$ _____	
_____ Pagos de mantenimiento a los niños(as)	\$ _____	
_____ Préstamos – POR FAVOR EXPLIQUE ABAJO	\$ _____	\$ _____
_____ Gastos médicos – POR FAVOR EXPLIQUE ABAJO	\$ _____	\$ _____
_____ Otros gastos – POR FAVOR EXPLIQUE ABAJO	\$ _____	\$ _____
TOTAL DE GASTOS (Van a ser sumados por la Consejera Financiera.)	\$ _____	

PADRE/GUARDIÁN EXPLICACIÓN, PETICIÓN, E INFORMACIÓN ADICIONALES:

Por favor use esta sección para explicar cualquier circunstancia que haga el pago de estas cuentas una dificultad, dénos cualquier otra información que usted considere que sería de ayuda al revisar su petición de descuento. Usted también puede incluir cualquier documentación adicional que podría comprobar esta información.

POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO:

Si usted es aprobado para el descuento a pacientes, El Hospital Children's Mercy se reserva el derecho de anular este descuento si fuera recibido un pago parcial o total de su aseguranza ó de un tercer partido. Yo entiendo que El Hospital Children's Mercy le anulara el descuento que le hayan dado si algún pago es recibido. Yo certifico que la información y la documentación dada para corroborar lo requerido en esta aplicación es acertada y completa. Yo autorizo al Hospital Children's Mercy a investigar esta información al examinar mi aplicación para asistencia financiera. Más aún yo autorizo la liberación de cualquier información para determinar mi elegibilidad o para propósitos de auditoria incluyendo a orígenes externos que puedan proveer fondos o a los auditores designados.

_____	_____	____/____/____
Firma del Padre/Guardián	Relación	Fecha
_____	_____	____/____/____
Firma del Madre/Guardián	Relación	Fecha