



2800 Clay Edwards Drive  
North Kansas City, MO  
64116-3220

Date

Nombre y dirección del garante:

Número de cuenta, fecha de servicio y saldo pendiente:

Estimado/a Sr./Sra. \_\_\_\_\_:

Gracias por presentar su solicitud de ayuda económica.

Hemos revisado su solicitud y basándonos en la información que proveyó, usted **no cumple** con los requisitos para recibir ayuda económica.

El Hospital North Kansas City no tiene ningún deseo de causar una carga indebida sobre sus pacientes y esperamos que usted entienda que nosotros debemos cobrar el saldo pendiente dentro de un período de tiempo razonable.

Aceptaremos pagos mensuales en la cuenta anteriormente mencionada. Para el saldo pendiente, requerimos pagos mínimos de \$ \_\_\_\_\_ **por mes**. Favor de quedar advertido/a de que si no efectúan los pagos mínimos requeridos, el saldo puede entregarse a una agencia de cobro de saldos. Favor de guardar esta carta como recordatorio para hacer el pago mensual. Enviar pagos a: NKCH, P.O. Box 930222, Kansas City, MO 64193

Si tiene alguna pregunta, favor de llamarme al 816-691-2598.

Atentamente,

Beth Kunonga  
Resource Counselor  
North Kansas City Hospital  
816-691-2598