



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

Date

Nombre y dirección del garante:

Número(s) de cuenta(s), saldo a pagar y fechas de servicio:

Estimado/a Sr/Sra. _____:

Su solicitud de ayuda económica se ha **negado** debido a que no ha completado todos los documentos necesarios. La solicitud que usted envió estaba incompleta. Favor de consultar la carta que le envié solicitándole más información con fecha de _____.

Favor de enviar pagos a: North Kansas City Hospital, P.O. Box 930222, Kansas City, MO 64193. Para el saldo de su(s) cuenta(s), se requiere un pago mínimo mensual de \$_____ hasta que el saldo de \$_____ quede saldado en su totalidad. Quede usted advertido de que la falta de pagos adecuados puede resultar en que su(s) cuenta(s) se entreguen a una agencia de cobro de saldos. La fecha de pagos es el 28 de cada mes.

Si tiene alguna pregunta, me puede llamar al (816) 691-2598 de lunes a viernes de 7.00 de la mañana a 3.30 de la tarde.

Atentamente,

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