



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

DATE

Nombre y dirección del garante:

Número(s) de cuenta(s), saldos y fechas de servicio:

Estimado/a Sr./ Sra. _____:

Gracias por presentar su solicitud de ayuda económica. Hemos revisado su solicitud y basándonos en la información que usted proveyó hemos determinado que cumple con los requisitos para recibir un descuento parcial.

Hemos acreditado a su(s) cuenta(s) la suma de \$ _____, como condición de la ayuda económica requerimos un pago mínimo mensual de \$ _____ pagadero el 28 de cada mes hasta que el saldo de \$ _____ quede pagado. Su primer pago es el 28 de _____; 2008, para la cuenta número _____.

La dirección donde debe enviar los pagos es: North Kansas City Hospital, P.O. Box 930222, Kansas City, MO 64193. (No envíe pagos a la Oficina del Consejero (Resource Counselor office).)

Queda usted advertido de que si el pago mínimo no se recibe en la fecha establecida, su(s) cuenta(s) podría(n) remitirse a una agencia de cobro de saldos. Favor de notar que la ayuda económica brindada se ha aplicado sólo a la(s) cuenta(s) mencionadas anteriormente. Toda solicitud de ayuda económica futura se evaluará caso por caso.

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

Atentamente,

Beth Kunonga
Resource Counselor
North Kansas City Hospital

816-691-2598