



**INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR ASISTENCIA ECONÓMICA DEL
HOSPITAL**
(Hospital financial assistance application instructions)

Favor de completar el formulario adjunto en su totalidad utilizando **bolígrafo azul o negro (no usar lápiz)** y de entregarlo con la documentación requerida enumerada a continuación (favor de hacer copias/no enviar originales):

- ❑ **Copia del formulario 1040 de declaración de impuestos sobre la renta federal del año más reciente. (NO ENVIAR FORMULARIO W2)**
- ❑ **Copias de los estados de cuentas bancarias completos de los dos últimos meses.**
- ❑ **Copias de los talones de cheques de pago más recientes y lista de toda fuente de ingresos- de un mes (para el/la solicitante y su esposo/a) y/u otras fuentes de ingreso recibidas por el/la solicitante o su esposo/a: por ejemplo: pagos por manutención de menores, beneficios de desempleo, pagos por pensión/seguro social, discapacidad, etc.**
- ❑ **Si el grupo familiar recibe ayuda a través de vales para la compra de alimentos (food stamps), favor de enviar una copia de los beneficios más recientes.**
- ❑ **Si el/la solicitante no tiene ningún ingreso, favor de explicar cómo se mantiene y/o enumerar todas las fuentes de apoyo económico.**
- ❑ **Copia de negación de Medicaid si el/la solicitante ha solicitado Medicaid y le ha sido negado.**
- ❑ **En la página 3, sección 1- Usted (el paciente) es la parte responsable si es mayor de edad. Esta sección debe completarse en su totalidad, así como también la sección 2 con información del esposo/a si usted está casado/a. Si el paciente es un menor, la información referente a ambos padres y/o tutores debe incluirse.**
- ❑ **Escribir N/A cuando no viene al caso dar una respuesta en ese casillero o sección.**
- ❑ **Favor de notar que no hay ayuda económica para saldos de cuentas en las que hay un reclamo de seguro de responsabilidad civil pendiente contra una tercera parte de la que el/la solicitante pueda recuperar pagos (o ya haya recuperado un pago o llegado a un acuerdo).**

Toda documentación debe presentarse dentro de los 30 días para revisar y considerar la solicitud de posible ayuda económica.

Si el/la solicitante tiene alguna pregunta con respecto a lo anterior, favor de comunicarse con nuestra oficina al (816) 691-2598 de lunes a viernes de 7 de la mañana a 3.30 de la tarde. Enviar por correo el formulario completado a: North Kansas City Hospital, Attention: Resource Counselors, 2800 Clay Edwards Dr., N. Kansas City, MO 64116.

Atentamente,

Resource Office
North Kansas City Hospital

A-55(L) Spanish