



Solicitud de Ayuda Financiera de Children's Mercy

No es parte del expediente médico

8241-072 06/16 (Translated 6/16)

Algunos puntos claves para que cumpla con los requisitos para recibir ayuda financiera son:

1. Deberá ser residente del estado de Kansas o Missouri.
2. Deberá tener un ingreso familiar (ajustado de acuerdo al tamaño de la familia) menor o igual a 300% de las guías de Pobreza Federal.
3. Deberá haber usado todos sus recursos que provengan de otros programas (incluyendo Medicaid).
4. El completar una solicitud no significa que recibirá un descuento.

Usted necesitará:

- Completar esta solicitud y entregársela a un Consejero Financiero, junto con otros documentos mencionados en la lista de verificación en la página 2.
- Podría tomar hasta 3 semanas para que su solicitud sea procesada.

Para hablar sobre acuerdos de pago, por favor comuníquese con los Servicios Financieros del Paciente al 816-701-5100 o al número gratuito 866-572-0157

Enviar por CORREO la solicitud completa a:	Children's Mercy Hospital Attn: Financial Counseling Department 2401 Gillham Rd Kansas City, MO 64108
---	--

FAX: (816)302-9907 Para enviarlo por fax, utilice esta página como su portada y escriba:

Su nombre

Su número de teléfono

Número de páginas

Debe incluir los siguientes documentos para que procesemos su solicitud:

- Identificación con foto** de la Parte Responsable (licencia de conducir o identificación del estado).
- Verificación de residencia** con dirección actual (factura reciente de servicios públicos, identificación del estado, declaraciones de impuestos, talonario de recibos de pago).
- Declaración de Impuestos más reciente.**
- Copia de los talonarios de pago de los últimos 3 meses** o una declaración de salarios en una carta membretada de la empresa, firmada por su empleador(es).
- Para las familias que no tengan ingresos, una declaración firmada y con fecha de la persona que brinda alimento y albergue.
- Para las personas que no sean ciudadanos estadounidenses, documentos de identificación (acta de nacimiento, visa, tarjeta de residencia permanente).
- Documentación de cualquier otra forma de ingreso que no esté en la declaración de Impuestos actual.

Si tiene preguntas o necesita información:

- Correo electrónico: admfc@cmh.edu
- Teléfono: 816-234-3567
- Encuentre más información en internet <http://www.childrensmercy.org/financialcounseling/> O
- Visite a un Consejero Financiero en una de nuestros establecimientos (de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.):

Children's Mercy, Adele Hall Campus
2401 Gillham Rd, Kansas City, MO 64108

Children's Mercy Hospital Kansas
5808 W 110th, Overland Park, KS 66211

Children's Mercy Clinics on Broadway
3101 Broadway Blvd, Kansas City, MO 64111



Solicitud de Ayuda Financiera de Children's Mercy (Página 1 de 3)

8241-072 06/16 (Translated 6/16)

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

FECHA DE HOY: mes / día / año

PARTE RESPONSABLE:

La "Parte Responsable" es el paciente o el tutor legal del paciente que es económicamente responsable por los servicios brindados por Children's Mercy.

Apellido Nombre Segundo nombre Número de Seguro Social

Relación con el paciente Dirección de casa Ciudad Estado Código postal

() Teléfono principal () Teléfono secundario Empleador

Ocupación Años de trabajo Fecha de nacimiento ¿Padrastró?

OTRA PARTE RESPONSABLE EN CASA (si corresponde):

Apellido Nombre Segundo nombre Número de Seguro Social ¿Padrastró?

Empleador Ocupación Años de trabajo Fecha de nacimiento

POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN CASA (incluyendo la(s) Parte Responsable(s))

Table with 6 columns: Apellido, Nombre, Fecha de nacimiento, Relación con el paciente, Nombre del Plan de Seguro, ¿Es ciudadano estadounidense? Sí/No

INGRESO FAMILIAR:

El "Ingreso familiar" son ingresos económicos de la(s) Parte(s) Responsable(s) y todos los individuos que viven en la casa tal como se establece en la declaración de impuesto federal de la Parte Responsable.

Elemento	Cantidad mensual	¿A quién le pertenece?
_____ Salario y sueldos.	\$ _____	_____
_____ Compensación por desempleo.	\$ _____	_____
_____ Compensación de trabajo.	\$ _____	_____
_____ Seguro Social y/o Seguridad de Ingreso Suplementario.	\$ _____	_____
_____ Pagos de ayuda pública.	\$ _____	_____
_____ Pagos a veteranos o beneficios de sobrevivientes.	\$ _____	_____
_____ Ingresos de pensión o plan de jubilación.	\$ _____	_____
_____ Pensión alimenticia o manutención infantil.	\$ _____	_____
_____ Intereses, dividendos, alquileres, regalías.	\$ _____	_____
_____ Ingresos del estado o fideicomisos.	\$ _____	_____
_____ Ayuda educacional.	\$ _____	_____
_____ Otra fuente de ayuda.	\$ _____	_____
INGRESO MENSUAL TOTAL:	\$ _____	

BIENES FAMILIARES:

Los "Bienes Familiares" incluyen información de los fondos disponibles de fácil acceso de la Parte Responsable y todos los individuos que viven en la casa, tal como se establece en la declaración de impuesto federal de la Parte Responsable. Se excluyen bienes como fondos de jubilación, tierras, inmuebles y vehículos, y no deberían notificarse a continuación.

Elemento	Saldo actual
_____ Cuenta bancaria	\$ _____
_____ Cuenta de ahorros	\$ _____
_____ Acciones y/o Bonos	\$ _____
_____ Suma de pago global	\$ _____
_____ Otros bienes	\$ _____
VALOR TOTAL ACTUAL:	\$ _____

OTRAS CONSIDERACIONES:

¿Ha solicitado tener Medicaid? **SÍ/NO** Fecha que lo solicitó: _____ Resultado: _____

¿El tratamiento en el hospital fue debido a un accidente (auto, relacionado al trabajo, víctima de delito)? **SÍ/NO**



**Solicitud de Ayuda Financiera
de Children's Mercy
(Página 3 de 3)**
8241-072 06/16 (Translated 6/16)

EXPLICACIÓN, PEDIDO E INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA PARTE RESPONSABLE:

Por favor, utilice esta sección para explicar cualquier circunstancia que haga que los pagos de su responsabilidad financiera sean un problema financiero. También, brinde cualquier otra información que sea de importancia al revisar su pedido de ayuda. También puede adjuntar documentos adicionales que sirvan de apoyo a su solicitud.

Si he sido aprobado para recibir ayuda financiera, el hospital Children's Mercy se reserva el derecho de revertir este descuento si cualquier tercer pagador o portador paga mi(s) cuenta(s) parcialmente o en su totalidad. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Hospital, dentro de 30 días, acerca de cualquier cambio en el Ingreso Familiar u otros factores que podrían impactar el cumplimiento de los requisitos para recibir ayuda financiera del Hospital. Certifico que la información dada en esta aplicación y cualquier documento de apoyo es certera y completa según mis capacidades. Si el Hospital se entera de cualquier malinterpretación, entiendo que cualquier descuento recibido será revertido y que seré responsable de cualquier saldo(s) restante(s). Autorizo al Hospital a que investigue la información cuando revise mi solicitud de ayuda financiera y autorice la divulgación de cualquier información que sea necesaria para determinar mi elegibilidad.

		/ /
Firma del paciente/Padre/Tutor legal	Relación	Fecha
		/ /
Firma del paciente/Padre/Tutor legal	Relación	Fecha

OFFICE USE ONLY		
Percent of FPL: _____	Approved/Denied: _____	Date: _____
Financial Counselor: Printed Name: _____		
Signature: _____		