



Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Todos los pacientes que sean aprobados para la asistencia serán responsables de un copago medico por servicio.

Servicios de Outpatient: \$25 por visita

Servicios Inpatient/ Observación /Emergencia: \$100 por visita

Rehabilitacion: \$25 por dia. Copago máximo de \$ 250 por servicio recurrente.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a la siguiente dirección:

Enviar por correo a:

929 N. St Francis, Wichita, KS 67214

Entregar personalmente en:

Wichita: 929 N St Francis, Wichita, KS 67214

Pittsburg: One Mt Carmel Way, Pittsburg, KS 66762

Manhattan: 1823 College Ave., Manhattan, KS 66502

Wamego: 711 Glenn Drive, Wamego, KS 66547

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al 888-244-2266.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente

Ascension

Solicitud de asistencia financiera



Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha _____ Número de cuenta _____

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar _____

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____
Beneficios del Seguro Social _____
Ingresos por pensión/jubilación _____
Ingresos por incapacidad _____
Compensación por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____
Pensión alimenticia recibida _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Cupones de alimentos _____
Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____
Otros ingresos _____
Otros ingresos _____
Total de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler _____
Servicios públicos _____
Teléfono (fijo) _____
Teléfono móvil _____
Comestibles/alimentos _____
Servicio de cable/internet/televisión satelital _____
Pago de automóvil _____
Cuidado de los niños _____

Manutención infantil/pensión alimentaria _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas de médicos y hospitales _____
Seguro de automóvil _____
Seguro de vivienda/propiedad _____
Seguro médico/salud _____
Seguro de vida _____
Otros gastos mensuales _____
Total de gastos mensuales \$ _____

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente _____
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito _____
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria _____
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Cualquier lesión personal o acciones por compensación laboral pendientes o planificadas Sí No
Otros activos _____

Solicito asistencia financiera a Ascension Via Christi Health, Inc. (AVCH), como agente de facturación/cobro para los proveedores de atención médica afiliados indicados anteriormente. La información que he proporcionado en esta solicitud y en los documentos de respaldo es verdadera y correcta. Al firmar este formulario, acepto permitir que AVCH verifique mi empleo y mi historial de crédito con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones y centros a dar a conocer información relativa a mi crédito o situación financiera a AVCH con el mismo propósito. Entiendo que AVCH puede requerir pruebas más específicas de cualquier información contenida en esta FAA y los documentos de respaldo, las cuales serán proporcionadas cuando se soliciten. Si se descubre que alguna información en esta FAA y los documentos de respaldo es falsa, engañosa o incompleta, mi solicitud de asistencia será denegada. AVCH se reserva el derecho de reevaluar o de revertir cualquier designación de servicio caritativo si la información fundamental no es revelada, o la información fue tergiversada o deliberadamente retenida, o si yo (o mis herederos) presento una demanda o una acción civil contra un tercero por lesiones o daños personales (incluidos cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que ni yo, ni mis representantes legales, podremos utilizar la asistencia financiera otorgada por AVCH en cualquier negociación, acuerdo o demanda con el fin de aumentar indemnización por daños y perjuicios. Si esto ocurriera, estoy de acuerdo con que AVCH tiene derecho a revertir cualquier designación de servicio caritativo y cobrar los cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que haya prestado servicios médicos al paciente mencionado anteriormente puede presentar y mantener un gravamen de AVCH antes o después de que se conceda asistencia financiera sobre todas las posibles fuentes de cobro.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Comentarios



Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) _____
recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está
legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber
y entender.

Firma de la persona que respalda _____ Fecha _____