



**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION  
(SPANISH)  
APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- Olathe Medical Center, Inc.
- Miami County Medical Center, Inc.
- Olathe Health Physicians, Inc.
- Family Medicine –Paola, Louisburg, Osawatomie

**Patient Financial Engagement Services al (913)-355-8275 o  
Email: financial.assistance@kumc.edu**

For Office Use Only (para uso de la oficina únicamente)

MRN# \_\_\_\_\_ Guarantor# \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

Approved: Yes  No  Effective Dates: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Back-dated to \_\_\_\_\_

Parte A			
Nombre completo del paciente:			
# de Seguro Social del paciente:		¿El paciente es ciudadano estadounidense?	Sí No
Fecha de nacimiento del paciente:			
Nombres alternativos utilizados:		¿Residente permanente?	Sí No

Nombre de la persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ # del Seguro Social de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Domicilio de la persona responsable/paciente (calle, ciudad, estado y código postal) \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo de empleo: \_\_\_\_\_ Salario bruto (sin deducción): \$ \_\_\_\_\_  
 Por hora  Por mes

¿Usted  Es  Renta?  ¿Otro? Si marcó "otro", especifique: \_\_\_\_\_  
dueño?

¿Si usted es dueño de su casa, cuánto es la cantidad total que todavía debe? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el valor actual de su casa? \$ \_\_\_\_\_

**Seguro médico:**  
Tengo/tenemos Medicare o Medicaid: Sí  No  En caso afirmativo, indique el nombre(s) \_\_\_\_\_

Tengo/tenemos otro seguro: Sí  No  En caso afirmativo, rellene lo siguiente:

Persona asegurada	Aseguradora	Nº de póliza	Tipo de cobertura

--	--	--	--

**Estado civil del paciente:**

Soltero       Casado       Divorciado       Separado       Viudo

**Estado civil de la persona responsable:**

Soltero       Casado       Divorciado       Separado       Viudo

**Empleador del esposo/a (nombre y dirección):** \_\_\_\_\_

**Seguro social del esposo/a:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Tiempo de empleo:** \_\_\_\_\_ **Salario bruto (sin deducción):** \$ \_\_\_\_\_  Por hora  Por mes

**Parte B - Dependientes de la persona responsable: (como indicado en última declaración de impuestos)**

Nombre completo:	Fecha de nac.:	Parentesco:	¿Declarado en impuestos?	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Parte C**

**Ingreso Familiar Bruto Por Mes**

\$ \_\_\_\_\_ Salario de la persona responsable  
 \$ \_\_\_\_\_ Salario del esposo/a o madre/padre  
 \$ \_\_\_\_\_ Beneficios del Seguro Social  
 \$ \_\_\_\_\_ Beneficios de Incapacidad  
 \$ \_\_\_\_\_ Asistencia Pública  
 \$ \_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia/Mantenimiento de Hijos  
 \$ \_\_\_\_\_ Pensión  
 \$ \_\_\_\_\_ Ingreso por Intereses  
 \$ \_\_\_\_\_ Otro (especifique)  
 \$ \_\_\_\_\_ **INGRESO TOTAL MENSUAL**

**Gastos Mensuales**

\$ \_\_\_\_\_ Vivienda  
 \$ \_\_\_\_\_ Servicios Públicos  
 \$ \_\_\_\_\_ Seguro  
 \$ \_\_\_\_\_ Pagos de Automóvil  
 \$ \_\_\_\_\_ Cuentas de Crédito  
 \$ \_\_\_\_\_ Gastos Médicos  
 \$ \_\_\_\_\_ Comida  
 \$ \_\_\_\_\_ Otro (especifique)  
 \$ \_\_\_\_\_ Otro (especifique)  
 \$ \_\_\_\_\_ **GASTOS TOTALES**

**Parte D**

**Banco de la persona responsable:** \_\_\_\_\_

**Saldo cuenta de cheques:** \$ \_\_\_\_\_ **Saldo cuenta de ahorros:** \$ \_\_\_\_\_

**Bienes:**  Acciones/Bonos/Certificados de Depósito **Valor:** \$ \_\_\_\_\_  
 Propiedad (especifique): \_\_\_\_\_ **Valor:** \$ \_\_\_\_\_  
 Hipoteca **Saldo:** \$ \_\_\_\_\_

**Otros bienes:**  P. ej., autos, seguros de vida, etc.  
**Especifique:** \_\_\_\_\_ **Valor:** \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **Valor:** \$ \_\_\_\_\_

**Parte F – La siguiente documentación mínima DEBE acompañar esta solicitud de asistencia. Pueda que se requiera información adicional, especialmente si hubiera habido algún cambio significativo en su ingreso anual de un año para el otro.**

1. Formulario del Federal Income Tax Return (la declaración de impuesto federal sobre los ingresos del año pasado) (copia firmada). Incluya anexos de declaración de impuestos de negocio propio.
2. Formularios W-2 del año pasado.

