

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION – INSTRUCTIONS FOR FILLING OUT THE FORM **SPANISH**  
**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA - INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO**

Si se ha presentado un gasto médico imprevisto en un momento cuando usted no puede pagar por los servicios, le informamos que con la declaración financiera usted puede determinar si califica para recibir asistencia financiera. Dependiendo del nivel de asistencia financiera al que usted califique, pueda que su cuenta sea perdonada en su totalidad, o solo un porcentaje de ella, o que se le permita hacer pagos mínimos, o pueda que su situación actual financiera lo excluya de calificar para recibir asistencia en este momento. Por favor mande su solicitud de la declaración financiera una vez llenada conjuntamente con las copias de los documentos requeridos al departamento de Patient Financial Services Department a la siguiente dirección. Su solicitud será procesada bajo completa privacidad.

**Dirección por correo y dirección física**

**Olathe Medical Center, Inc.**

**Attn: Patient Access**

**Patient Financial Engagement Counselor**

**20333 W. 151st St., STE 150**

**Olathe, KS 66061**

- El formulario consiste de seis (6) partes y todas deben ser llenadas. Formularios incompletos serán regresados para información adicional. Si una sección del formulario no aplica en su caso, escriba “NA” (No Aplica).
- Si actualmente usted está desempleado o con permiso de trabajo sin paga y esto ha reducido sus ingresos, por favor indique el tiempo (incluya fechas de comienzo y final) que ha estado sin trabajo o ausente de su trabajo.
- Solo incluya los dependientes que usted señaló en su última declaración de impuestos.
- La información sobre sus ingresos se refiere a ingresos brutos (sin deducción de impuestos). Si usted recibe alguna otra clase de asistencia no indicada (por ejemplo, estampillas de alimentos), por favor indíquelo en el último espacio de la columna izquierda en la Parte C, sección “Otro”.
- En la sección de Gastos Médicos (mensuales) en la Parte C, incluya los gastos que no están o que no van a ser cubiertos por su seguro médico.
- Asegúrese de indicar las situaciones especiales que están afectando su estado financiero en la Parte F. Incluya fechas de desempleo o permisos de trabajo para el paciente o para el esposo/padre encargado de cuidar al paciente.
- Incluya copias, no los originales, de todos los documentos requeridos. Nosotros no garantizamos que los originales serán regresados.
- Por favor proporcione las declaraciones de impuestos de los dos últimos años junto con los formularios W-2 del presente año.
- Incluya una copia de cualquier documento anexo con su declaración de impuestos.
- Incluya recibos/talones de sus cheques de sueldo de los últimos dos (2) meses de todos sus trabajos.
- Anote las razones si su ingreso anual ha cambiado en forma significativa de un año para el otro.
- Incluya copias de los estados de cuenta de banco de los últimos dos (2) meses.
- Si usted recibe beneficios del Seguro Social, por incapacidad, desempleo o estampillas de alimentos, por favor incluya una copia de las cartas de aprobación.
- Firme y ponga la fecha en la declaración financiera antes de que la envíe al Patient Financial Engagement Department.

Si necesitáramos información adicional, primero trataremos de contactarlo por teléfono, y si no podemos hacerlo, entonces le enviaremos una carta pidiéndole la información adicional requerida para completar este trámite. Luego le notificaremos por escrito el resultado de su solicitud. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Patient Financial Engagement Department al (913) 355-8275.