

Mercy Hospital, Inc.
 P.O. BOX 180
 218 East Pack
 Moundridge, Kansas 67107
 620-345-6391
 Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del Solicitante _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre del Paciente _____ N.º de Cuenta del Paciente _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador _____ Puesto _____ Antigüedad _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____
 Nombre del Cónyuge _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador del Cónyuge _____ Puesto _____ Antigüedad _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____

Número de integrantes de la familia _____ (incluyendo a usted, su cónyuge, sus hijos y cualquier persona que viva con usted y que usted mantenga. Los estudiantes, independientemente de su lugar de residencia, mantenidos por sus padres u otras personas con las que tienen un vínculo por nacimiento, matrimonio o adopción también se considera que viven con la persona que los mantiene).

INGRESO: ANOTE EL INGRESO DE SU FAMILIA DE:

	Ingresos Brutos Últimos 6 meses	Ingresos Brutos Últimos 12 meses
Salario	_____	_____
Asistencia Pública y de Emergencia	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Subsidio por Desempleo	_____	_____
Indemnización por Accidente Laboral	_____	_____
Empleo de Granja o Autónomo	_____	_____
Beneficios por Huelga	_____	_____
Pensión Alimenticia	_____	_____
Manutención Infantil	_____	_____
Asignaciones para Familias Militares	_____	_____
Pensiones	_____	_____
Ingreso por Dividendos, Intereses	_____	_____
Propiedad para Alquiler	_____	_____
Otro	_____	_____
Total	_____	_____

Adjunte prueba de ingresos (copias de talones de cheques, formularios W-2, Declaración de Impuestos sobre la Renta, etc.)

Por la presente solicito que Mercy Hospital, Inc. tome una determinación por escrito de mi elegibilidad para obtener asistencia financiera. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que la información que presento respecto a mi ingreso y la cantidad de integrantes de mi familia se someterá a verificación por parte de Mercy Hospital, Inc. y por la presente autorizo dicha verificación. Además autorizo a los empleadores/las instituciones a divulgar dicha información. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación tendrá como resultado el rechazo al otorgamiento de asistencia financiera y que seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

 Firma

 Fecha