

Aplicación de Asistencia Financiera

Via Christi Health Inc.

Esta aplicación es para futuros o pasados servicios? Servicios futuros Fechas pasadas de servicio

Donde fueron/Son los servicios que se está llevando a cabo? _____

Cta. # _____

Información del Paciente:

Apellido Primer Nombre Inicial Media Número de Seguro Social Fecha de nacimiento

Dirección de la Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo Ciudad Estado Código postal

Por favor, marque la casilla correspondiente: Soltero(a) Casado(a) Pareja Conviviente Separado(a)
Divorciado(a) Viudo(a)

Género: Masculino Femenino Idioma: Inglés Español Otro

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Persona Responsable del Pago de la Factura:

Apellido Primer Nombre Inicial Media Relación con el paciente Número de Seguro Social

Nombre de compañía de seguros (VA, Medicare, comercial, AFLAC, etc.) Fecha efectiva

Por favor indicar todas las personas que viven en el hogar, incluyendo al solicitante. Indicar a quien reclama en su declaración de impuestos: (Utilice hoja adicional si es necesario)

NOMBRE	RELACIÓN CON PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	DEPENDIENTE DE IMPUESTOS (S/N)
1.	Yo			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

¿Los servicios son relacionados con la compensación de trabajadores o reclamación de accidente de vehículo de motor? Sí No

¿Hay alguien en su hogar: (Marque todas las que correspondan)

Embarazada Quién? _____
 Una víctima de un crimen que causó lesiones Quién? _____
 Deshabilitado Quién? _____
 No es un ciudadano de los EE.UU. Quién? _____
 Si es Residente Permanente Legal cuántos años? _____ Estado migratorio: _____

Elegible para el seguro de COBRA Quién? _____

¿Tiene o piensa presentar una demanda por lesiones personales Si No para compensar por las lesiones recibidas?

¿Recebe Subsidio de Viviendas, Asistencia Alimentarios o WIC? Sí No

INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE INGRESO DE LOS HOGARES:

	Paciente	Spouse/Co-Applicant
Ingreso antes de impuestos		
Ingreso de negocio propio		
Desempleo		
Seguro Social/ Seguridad de Ingreso Suplementario (please specify)		
Jubilación (Pensión, Anualidad)		
Pensión alimenticia / Manutención de Menores		
Intereses y dividendos de cuentas de inversion		
los ingresos por alquiler de inmuebles		
Otros Ingresos		
Ingresos totales		

El ingreso total de los hogares

Monthly Household Expense Information:

	Total		Total
hipoteca / alquilar		Compra de comida	
electricidad		Pago del coche (s)	
gas doméstico		guardería	
agua/ alcantarilla		manutención de los hijos/ Pensión alimenticia	
teléfono/ Teléfono móvil		préstamos estudiantiles	

Cable/Internet		gastos médicos	
----------------	--	----------------	--

Gasto total de los hogares

Si no tiene ingresos mensuales por favor dar una explicación de cómo sobre lleva sus gastos mensuales.

INFORMACIÓN OBTENIDA DE: _____ RELACION CON PACIENTE: _____

Estoy solicitando asistencia financiera con Via Christi Health, Inc. (Via Christi) como agente de facturación/colección para los proveedores de salud afiliados indicados anteriormente. Yo entiendo que es la expectativa de Via Christi que los pacientes utilicen todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus cuentas médicas antes de la asistencia financiera que será considerada o concedida. La información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos complementarios son verdaderos y completos. Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo de permitir que Via Christi pueda verificar mi empleo y historial de crédito con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones y facilidades de revelar información concerniente a mi crédito o situación financiera a Via Christi para este mismo propósito. Entiendo que Via Christi puede requerir pruebas más específicas de cualquier información en este FAA y confirmación de documentos de apoyo que será proporcionado bajo petición. Si alguna información en este FAA y los documentos de apoyo se encuentra que son falsos, engañosos o incompletos, mi solicitud para asistencia será negada. Via Christi se reserva el derecho de re-evaluar y/o revertir la designación de cualquier servicio caritativo y si la información material no se revela, o la información fue falsificado o deliberadamente retenido, o si yo (o mis herederos) hago una demanda o presento una acción civil contra un tercero por daños personales o daños (incluyendo cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que cualquier asistencia financiera otorgada por Via Christi no puede ser utilizado por mí o mis representantes legales en cualquier negociación, asentamientos o demanda legal con el propósito de mejorar una indemnización de daños y perjuicios monetarios. Si esto ocurre, estoy de acuerdo que Via Christi tiene el derecho de revertir cualquier designación de servicio caritativo y perseguir cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que prestó servicios médicos al paciente antes mencionado puede presentar y mantener un embargo preventivo del hospital antes o después de la concesión de asistencia financiera en todas las fuentes de recuperación posibles.

Firma del Solicitante	Fecha	Co-firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------	--------------------------	-------

Para obtener asistencia, entrenados asesores financieros están disponibles Lunes a viernes: 9:00 am a 4:00 pm
Para ayuda por favor llame al numero asociado donde se realizaron los servicios.
Servicios Wichita 316-268-5178, opcion 2 **Servicios Pittsburg 620-232-0198, opción 2**
Servicios Wamego 785-458-7000, opción 2 **Servicios Manhattan 785-565-4794, opción 2**

Edition 6/6/16