



Ascension Via Christi

Solicitud de asistencia financiera Documentación requerida:

El siguiente documento describe el tipo de documentación requerida para todas las solicitudes de asistencia financiera. Es su responsabilidad como paciente proporcionar a Asesoría Financiera con esta información en tiempo breve, o de lo contrario su cuenta podría ser mandada a colección. Para procesar la aplicación, sin demoras, proporcione la siguiente información:

- Completado una aplicación con la firma del cónyuge si es casado. Si está separado; proporcionar verificación de separación legal, y
- Más reciente declaración de impuestos para verificar el tamaño del hogar (1040 o 1040EZ) o una declaración (carta) explicando porque no declara impuestos.

Información sobre ingresos:

- Empleado
 - Proporcionar a sus tres últimos talones de pago de su actual o más reciente empleador; o su última tres meses historial de ingresos previsto en el membrete de la empresa y firmado por un representante de la compañía.
- Trabajadores por cuenta propia
 - Proporcionar a sus últimos tres meses de revistas de negocios o su más reciente declaración de impuestos completa.
- Desempleados
 - Proporcionar una declaración de desempleo o la declaración de apoyo por parte del cuidador que le está ayudando, si usted no está recibiendo el desempleo
- Receptor del Seguro Social
 - Proporcionar a su carta de concesión de beneficios Social Seguridad Social de Seguridad Administración
- Otra entrada
 - Proporcionar techo de ingresos como sustento de menores y cualquier ingreso mensual de fideicomisos
- Si vive afuera de el area de captacion necesitaremos una carta de su doctor explicando el porque recibio los servicios aqui y no en su area local.

Si está recibiendo ayuda de HUD, WIC o Cupones de Alimentos:

- Proporcione la carta de aprobación del programa anterior

Todos los pacientes que an sido aprobados para la asistencia seran responsables de un pre-pago medico por servicio.

Servicios de Outpatient: \$25 por visita

Clinica Residencial; \$15 por visita

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

ehabilitacion: \$25 por dia

Si tiene preguntas sobre la solicitud o los documentos requeridos, llame al 1-888-244-2266, seleccione la opción # 2 y un Asesor Financiero le ayudará.

Tenga en cuenta que se puede solicitar información adicional mientras se procesa su solicitud.

Devuelva la solicitud y los documentos requeridos para su procesamiento a la siguiente dirección:

Ascension Via Christi Health, Inc.

A la atención de: Financial Counseling Department

929 N. St. Francis

Wichita, KS 67214

Ascension Via Christi St. Francis

929 N St Francis

Wichita, KS 67214

316-268-5000

viachristi.org/locations

Ascension Via Christi Hospitals Wichita, Inc.

Aplicación de Asistencia Financiera Ascension Via Christi Health Inc.

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

Donde fueron/Son los servicios recibidos? _____

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.) efectiva	Fecha
---	-------

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?

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

INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE INGRESOS DEL HOGAR:

	Paciente	Spouse/Co-Applicant
Ingreso antes de impuestos		
Ingreso de negocio propio		
Desempleo		
Seguro Social/ Seguridad de Ingreso Suplementario (por favor especifique)		
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 total de los ingresos del hogar

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	

Total de los gastos del hogar

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. Vía 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 Vía 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 Vía 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

Firma del co-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 número asociado donde se realizaron los servicios.

Servicios Wichita 316-268-5178, opción 2

Servicios Pittsburg 620-232-0198, opción 2

Servicios Wamego 785-458-7000, opción 2

Servicios Manhattan 785-565-4794, opción 2

Edition 1/9/2020