



Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Todos los pacientes que sean aprobados para la asistencia serán responsables de un copago medico por servicio.

Servicios de Outpatient: \$25 por visita

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

Rehabilitacion: \$25 por día. Copago máximo de \$ 250 por servicio recurrente.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a la siguiente dirección:

**Enviar por correo a:**

**929 N. St Francis, Wichita, KS 67214**

**Entregar personalmente en:**

**Wichita: 929 N St Francis, Wichita, KS 67214**

**Pittsburg: One Mt Carmel Way, Pittsburg, KS 66762**

**Manhattan: 1823 College Ave., Manhattan, KS 66502**

**Wamego: 711 Glenn Drive, Wamego, KS 66547**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al 888-244-2266.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente

Ascension

# Solicitud de asistencia financiera



## Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar \_\_\_\_\_

## Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge del solicitante \_\_\_\_\_  
Beneficios del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ingresos por pensión/jubilación \_\_\_\_\_  
Ingresos por incapacidad \_\_\_\_\_  
Compensación por desempleo \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral \_\_\_\_\_  
Ingresos por intereses/dividendos \_\_\_\_\_

Manutención infantil recibida \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ingresos por  
alquiler de propiedades \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Distribución de fondos fiduciarios  
recibidos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Otros  
ingresos \_\_\_\_\_  
**Total de ingresos brutos mensuales \$** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios públicos \_\_\_\_\_  
Teléfono (fijo) \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Comestibles/alimentos \_\_\_\_\_ Servicio  
de cable/internet/televisión satelital \_\_\_\_\_  
Pago de automóvil \_\_\_\_\_  
Cuidado de los niños \_\_\_\_\_

Manutención infantil/pensión alimentaria \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Facturas de médicos y hospitales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Seguro de  
automóvil \_\_\_\_\_  
Seguro de  
vivienda/propiedad \_\_\_\_\_  
Seguro  
médico/salud \_\_\_\_\_  
Seguro de  
vida \_\_\_\_\_  
Otros gastos  
mensuales \_\_\_\_\_  
**Total de gastos mensuales**  
**\$** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente \_\_\_\_\_  
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \_\_\_\_\_  
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_

Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_

Cualquier lesión personal o acciones por compensación laboral pendientes o planificadas \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Otros activos \_\_\_\_\_

Solicito asistencia financiera a Ascension Via Christi Health, Inc. (AVCH), como agente de facturación/cobro para los proveedores de atención médica afiliados indicados anteriormente. La información que he proporcionado en esta solicitud y en los documentos de respaldo es verdadera y correcta. Al firmar este formulario, acepto permitir que AVCH verifique mi empleo y mi historial de crédito con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones y centros a dar a conocer información relativa a mi crédito o situación financiera a AVCH con el mismo propósito. Entiendo que AVCH puede requerir pruebas más específicas de cualquier información contenida en esta FAA y los documentos de respaldo, las cuales serán proporcionadas cuando se soliciten. Si se descubre que alguna información en esta FAA y los documentos de respaldo es falsa, engañosa o incompleta, mi solicitud de asistencia será denegada. AVCH se reserva el derecho de reevaluar o de revertir cualquier designación de servicio caritativo si la información fundamental no es revelada, o la información fue tergiversada o deliberadamente retenida, o si yo (o mis herederos) presento una demanda o una acción civil contra un tercero por lesiones o daños personales (incluidos cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que ni yo, ni mis representantes legales, podremos utilizar la asistencia financiera otorgada por AVCH en cualquier negociación, acuerdo o demanda con el fin de aumentar indemnización por daños y perjuicios. Si esto ocurriera, estoy de acuerdo con que AVCH tiene derecho a revertir cualquier designación de servicio caritativo y cobrar los cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que haya prestado servicios médicos al paciente mencionado anteriormente puede presentar y mantener un gravamen de AVCH antes o después de que se conceda asistencia financiera sobre todas las posibles fuentes de cobro.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Relación con el paciente/solicitante \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) \_\_\_\_\_  
recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está  
legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y  
entender.

Firma de la persona que respalda \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_