

KDMC valor estimado paciente:

Hijas del rey ofrece asistencia financiera para cubrir los gastos de su bolsillo para la calificación de los pacientes. Elegibilidad para asistencia depende de tu restablecimiento rápido de la aplicación y la información de verificación de ingresos a continuación. También se le pedirá para completar las aplicaciones y proporcionar información para otros programas que son ofrecidos por agencias locales, estatales o federales. Negativa a responder a estas solicitudes puede afectar el estado de esta solicitud.

Información de verificación de ingresos

Enviar toda la información siguiente que se aplica a usted, o cualquier otro miembro de su familia.

- Talones de cheque para los últimos tres 3 meses, o el más reciente 1 uno que proporciona ganancias a la fecha, o una carta de su empleador para verificar su ingreso bruto.
- Verificación de las prestaciones de Seguridad Social, la discapacidad o compensación
- Verificación de beneficios de desempleo, jubilación o pensión
- Verificación de estado de empleo por cuenta propia e ingresos
- Verificación de los pagos de manutención infantil o pensión alimenticia
- Una copia de **todas** las formas presentadas con sus impuestos federales del año anterior, incluyendo W2s
- Estados de cuenta bancarios (cheques y ahorros) durante los últimos tres 3 meses, incluyendo todas las páginas numeradas, aunque en blanco
- **Formulario de verificación de ingresos No** completada por la persona para sus gastos de vida, si ni usted ni su pareja tiene cualquier fuente de ingresos
- **Formulario de declaración de separación** por un no pariente que puede atestiguar que usted y su cónyuge están separadas y mantener familias separadas

Si usted tiene alguna pregunta, desea hacer una cita o necesita volver su solicitud e información de verificación, puede contactarnos por los siguientes métodos:

Por teléfono: 606-408-4118 o 866-408-6466

Por Fax: 606-408-6917

Por correo electrónico: FinancialAssistanceTeam@kdmc.kdhs.us

por Mail: King's Daughters Medical Center

Attn: Financial Counselors

PO Box 151

Ashland, KY 41105

Por favor, permita un tiempo adecuado para el procesamiento de su solicitud. Después de procesamiento está completo, usted recibirá una carta para explicar su aprobación o la razón para la negación.

Atentamente,

Hijas del rey

Centro de recursos financieros

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



PACIENTE o

Responsable: _____ SSN: _____ fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____)

Dirección: _____ Ciudad, Estado y ZIP: _____

Correo electrónico: _____ Estado civil: _____

NÚMEROS de teléfono: (Casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

Lista de los otros miembros de su familia inmediata (cónyuge, menor de edad, los niños dependientes; o estudiantes a tiempo completo de 18 años)

Nombre del cónyuge: _____ SSN: _____ fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____)

Niños/dependientes: _____ SSN: _____ fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____)

Niños/dependientes: _____ SSN: _____ fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____)

Niños/dependientes: _____ SSN: _____ fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____)

Fuente de ingreso de los hogares : Contesta las siguientes preguntas para usted, su cónyuge y dependientes en su hogar.

	CÓNYUGE		DEL PACIENTE		DEPENDIENTE	
¿Están trabajando actualmente, o ha trabajado en los últimos 6 seis meses?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Está recibiendo beneficios de desempleo o compensación para trabajadores?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Es recibir Seguridad Social, administración de veterano o discapacidad beneficios?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Recibe beneficios de pensión o jubilación?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Recibe beneficios de pensión alimenticia, manutención infantil o parentesco?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Recibe alguna forma de renta?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Recibe cualquier forma de asistencia de ingresos del estado?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO

Recursos: Proporcionar el valor estimado actual de cada uno de sus recursos.

Cuenta de cheques \$ _____

Certificado de depósito (CDs) \$ _____

Bonos de ahorro \$ _____

401 k (o cuenta similar) \$ _____

Cuenta de ahorros \$ _____

Existencias \$ _____

A anualidades \$ _____

Cuenta de cheques: \$ _____

¿Cuántos coches son propiedad de usted, su cónyuge y dependientes? _____ ¿Cuál es el valor total estimado? _____

¿Tienes alguna **inmobiliaria** que no sea su casa? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcionar una breve descripción y valor estimado: _____

¿Es la razón de su visita relacionadas con una enfermedad, lesión o condición que se debe a la negligencia de otra persona? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcionar una explicación: _____

Entiendo y acepto que la información contenida en este formulario se puede confiar en para determinar mi elegibilidad para ayuda financiera y que información incorrecta, incompleta o engañosa puede resultar en la negación o anulación de la ayuda financiera. Además entiendo y acepto que tengo el deber de complementar la información contenida en este formulario en caso de un cambio importante en mis circunstancias financieras lleva a cabo antes de la determinación final de mi elegibilidad para ayuda financiera.

Firma del solicitante: _____

fecha: _____