



485 N KS HWY 2
Anthony, KS 67003
620.914.1200
pattersonhc.org

SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA

Patterson Health Center se dedica a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Nos damos cuenta de que el pago de esos servicios puede ser una dificultad financiera para usted en este momento. Por lo tanto, le ofrecemos la oportunidad de solicitar asistencia financiera. A continuación encontrará una aplicación que demuestra su situación financiera. Debe completar este documento en su totalidad para recibir consideración para nuestro programa de asistencia financiera. Si su situación financiera cumple con los criterios establecidos por Patterson Health Center, se puede perdonar parte o todo el saldo de su cuenta. La información recibida se considerará confidencial y se utilizará únicamente para determinar el estado financiero.

Además de una solicitud completa, proporcione lo siguiente:

- Copia de su declaración de impuestos federal 1040 más reciente, incluidos todos los anexos aplicables.

And one of the following:

- Copia de los dos últimos talones de pago de cualquier asalariado que contribuya al ingreso familiar
- Carta de adjudicación del Seguro Social o el 1099 más reciente si recibe Seguro Social (si está recibiendo Seguro Social y tiene otros ingresos, proporcione prueba de ingresos adicionales)

El formulario completado debe devolverse dentro de los treinta días posteriores a su recepción. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la oficina comercial al (620) 914-1200 opción 2.

Por la presente certifico que toda la información y la documentación de respaldo es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por Patterson Health Center. Doy permiso para que Patterson Health Center verifique la información proporcionada en este documento. Patterson Health Center no ha hecho declaraciones de que la asistencia financiera esté garantizada.

Nombre(Imprimir) _____ Firma _____ Fecha _____



Patterson
Health Center

485 N KS HWY 2
Anthony, KS 67003
620.914.1200
pattersonhc.org

Demographics

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____ seguridad Social #: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ seguridad Social #: _____

Nombre del garante: _____ Fecha de nacimiento: _____ seguridad Social #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono móvil(Garante): _____ Teléfono móvil (Esposo) _____

Enumere todos los dependientes menores de 18 años que viven en su hogar:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ingreso

Uno Mismo	Ingreso Bruto Mensual	Esposo
\$	Ingreso Bruto/Desempleo/Comensacion Laboral	\$
\$	Seguro Social/SSI/SSDI	\$
\$	Trabajo por cuenta propia/Ingresos de alquiler/Regalías/Sucesiones/Fideicomisos	\$
\$	Jubilación/pensión/anualidades/beneficios para veteranos	\$
\$	Manutención de menores/manutención conyugal/asistencia pública	\$
\$	Varios/Otros Ingresos: _____	\$
\$	Ingreso total (Proporcione prueba de todos los ingresos)	\$



485 N KS HWY 2
Anthony, KS 67003
620.914.1200
pattersonhc.org

Solo para uso interno de la oficina:

Fecha de recepción de la solicitud en Patterson Health Center: _____

Saldos de cuenta elegibles para atención no compensada:

Hospital _____

Clínica _____

Total _____

Descuento % aprobado: _____

Cantidad de descuento aprobada: _____

Firma del Director Ejecutivo: _____

Fecha: _____

Si el saldo de la cuenta es de \$2,000 o más:

Firma del Comité de Finanzas _____

Fecha: _____

Updated 1-6-22 - LA