



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA  
DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Devuelva la solicitud completa  
con comprobante de ingresos, etc. a:  
Newman Regional Health  
Attn: Coordinador de Colecciones & Crédito  
1201 W. 12th Ave  
Emporia, KS 66801

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_ Servicio Solicitado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_ \*Número de Seguro Social del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre completo del Garante \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Actual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección Anterior si tiene menos de dos años donde reside  
actualmente \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador del Cónyuge \_\_\_\_\_

Número de Miembros en el Hogar \_\_\_\_\_ Edades de los Miembros en el Hogar \_\_\_\_\_

Nombre del Pariente más cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

**INDIQUE ABAJO, EL INGRESO ANNUAL TOTAL FAMILIAR DE TODOS LOS MIEMBROS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD:**

Sueldos _____	Pensión Conyugal _____
Agricultura/Trabajo por cuenta propia _____	Manutención de niños _____
Asistencia Pública _____	Pensiones _____
Seguro Social _____	Dividendos/Intereses/Renta _____
Compensación del desempleo _____	Otro _____
<b>INGRESO TOTAL</b> _____	_____

**\*INDIQUE ABAJO, EL TOTAL DE LOS BIENES FAMILIARES: \$** \_\_\_\_\_

Cuenta de Cheques _____	Propiedades de Bienes Raíces _____
Cuenta de Ahorro _____	Propiedad de Automóvil _____
Certificado de Deposito _____	Acciones, Bonos y Valores _____
Maquinaria Agrícola/Ganado _____	Otro: _____

**INDIQUE ABAJO, EL TOTAL DE LAS OBLIGACIONES: \$** \_\_\_\_\_

Pago Mensual de Renta _____	Pago Mensual de Tarjeta de Crédito _____
Pago Mensual de Casa _____	Compañías Financieras _____
Pago Mensual de Automóvil _____	Marca y Modelo de Automóviles _____
Otro _____	_____

**CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI  
CONOCIMIENTO, Y DOY PERMISO PARA VERIFICAR LA INFORMACION DE ARRIBA.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aprobado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Negado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\* Artículos no necesarios para visitas a la sala de emergencia y atención primaria

**NEWMAN REGIONAL HEALTH**  
**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE**  
**ASISTENCIA FINANCIERA**

**DECLARACION DE PROPOSITO**

Para brindar asistencia financiera para el cuidado de salud a pacientes que no pueden pagar y que no están cubiertos por un seguro médico, o que no son elegibles para los beneficios de la Fundación Jones u otros fondos de caridad

**GUÍA PARA VERIFICAR INGRESOS Y BIENES**

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera se determina midiendo los ingresos familiares utilizando la guía de pobreza de ingresos establecida por la administración de servicios comunitarios. Para verificar el ingreso anual, el solicitante deberá proporcionar lo siguiente:

1. Talones de Pago Actuales
2. Copia más reciente de su Declaración de Impuestos, incluyendo todos los horarios.
3. Cualquier forma aplicable aprobando o negando la compensación por desempleo o la compensación para trabajadores.
4. Verificación por escrito del salario del empleador si los talones de pago no están disponibles.
5. Verificación por escrito de las agencias de bienestar público.

**GUÍA DE POBREZA DEL 2021**

<u>Tamaño de la Familia</u>	<u>Ingreso Familiar</u>
1	\$12,880
2	17,420
3	21,960
4	26,500
5	31,040
6	35,580
7	40,120
8	44,660

- Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$ 4,540 por cada miembro adicional
- Estudiantes, independientemente de su residencia, que sean apoyados por sus padres u otros emparentados por nacimiento, matrimonio, o adopción se considera que residen con aquellos que los mantienen.
- Las aplicaciones deben completarse dentro de los 90 días de la fecha de servicio. La determinación de elegibilidad se hará dentro de los treinta días laborales y el solicitante recibirá una notificación por escrito de aceptación o de negación.
- Las solicitudes se pueden obtener del Coordinador de Colecciones / Crédito o del Supervisor en el Departamento de Cuentas del Paciente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

**DIRECTRICES MEDICAS PARA PERSONAS DE BAJO RECURSOS**

Para facturas médicas que sean más del 50% de los ingresos brutos del hogar del solicitante. El solicitante debe proporcionar prueba de todos los gastos médicos pendientes.