



CLAY COUNTY  
**MEDICAL CENTER**

*Our Family. Caring for Yours.*

Clay County Medical Center  
Attn: The Midland Group  
617 Liberty Street  
P.O. Box 512  
Clay Center, Kansas 67432

PH: (785) 630-2479  
FAX: (785) 630-5262  
WEB: [www.ccmcks.org](http://www.ccmcks.org)

## **Solicitud de Asistencia Financiera**

Para ayuda, contacte al representante de ayuda financiera:

Darla Dunn al 785-630-2479

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Fecha de Distribución: | Devolver antes del: |
|------------------------|---------------------|

|                               | Solicitante (Paciente/Garante) | Cónyuge/Pareja |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Nombre                        |                                |                |
| Dirección                     |                                |                |
| Ciudad, Estado, Código Postal |                                |                |
| Número telefónico de casa     |                                |                |
| Otro número telefónico        |                                |                |
| Número de seguro social       |                                |                |
| Fecha de nacimiento           |                                |                |
| Ocupación                     |                                |                |
| Empleador                     |                                |                |
| No. de personas en el hogar   |                                |                |

Certifico que esta información es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Asimismo, aplicaré para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, Medikan, seguro, etc.) que esté disponible para pago de mi cargo hospitalario, y tomaré toda acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada por cargos hospitalarios.

Comprendo que esta solicitud se hace para que el hospital pueda decidir sobre mi elegibilidad para asistencia financiera o para un plan extendido de pago. Si parte de la información que he brindado resultara falsa, entiendo que el hospital podría reevaluar mi situación financiera y tomar la acción que sea apropiada.

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Firma del solicitante: | Fecha: |
|------------------------|--------|



# CLAY COUNTY MEDICAL CENTER

*Our Family. Caring for Yours.*

Clay County Medical Center  
Attn: The Midland Group  
617 Liberty Street  
P.O. Box 512  
Clay Center, Kansas 67432

PH: (785) 630-2479  
FAX: (785) 630-5262  
WEB: [www.ccmcks.org](http://www.ccmcks.org)

## FORMA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el solicitar información a:

- ☐ Solicitud de transcripción de declaración de impuestos, del Dpto. del Tesoro – Forma IRS 4506-T  
☐ DCF (Departamento de Niños y Familias) para que envíe a Clay County Medical Center, copias de mi CPS1, CAP2, historial de beneficio de estampillas de comida y de ayuda económica. Favor enviar por fax al 785-630-5262 con atención a Darla Dunn.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

| Nombres de miembros adicionales del hogar | Fecha de nacimiento | No. de seguro social | Relación |
|-------------------------------------------|---------------------|----------------------|----------|
|                                           |                     |                      |          |
|                                           |                     |                      |          |
|                                           |                     |                      |          |
|                                           |                     |                      |          |
|                                           |                     |                      |          |
|                                           |                     |                      |          |
|                                           |                     |                      |          |

### Verificación de ingresos mensuales – para TODOS los miembros del hogar

*\*Presentar prueba de ingreso y declaración de impuestos del año anterior*

|                              |    |                                       |    |
|------------------------------|----|---------------------------------------|----|
| Salario                      | \$ | Trabajo por cuenta propia             | \$ |
| Seguro social                | \$ | Jubilación (pensión)                  | \$ |
| Desempleo                    | \$ | Compensación por accidente de trabajo | \$ |
| Pensión conyugal alimenticia | \$ | Manutención de menores                | \$ |
| Asistencia económica DCF     | \$ | Estampillas de comida                 | \$ |
| Ingreso por alquiler         | \$ | Becas                                 | \$ |
| Inmuebles/Fideicomisos       | \$ | Apuestas/Lotería                      | \$ |
| Dividendos o intereses       | \$ | Otros                                 | \$ |

Total: \$ \_\_\_\_\_

¿Por qué está solicitando asistencia?

---

---

### Lista de verificación

- ☐ Solicitud completa y firmada.
- ☐ Comprobantes de ingreso del hogar, de todo el año hasta la fecha – o de los últimos 3 meses.
- ☐ Declaración de impuestos federales más reciente.
- ☐ Revisión completa sobre responsabilidad de pago de una tercera parte (si corresponde).