

Kossuth Regional Health Center

Solicitud de ayuda económica

La ley nos exige que mantengamos la confidencialidad de su información. La información de abajo solo se usará para confirmar su necesidad de recibir ayuda económica. La ayuda económica se basa en los Niveles Federales de Pobreza según los Ingresos. **No se procesarán formularios incompletos. Para que este formulario se considere completo, se debe presentar una verificación de ingresos, como una declaración de impuestos anterior o los comprobantes de pago de los últimos tres meses. También se debe presentar una aprobación o una denegación de Medicaid.** Se debe enviar información del solicitante y de cualquier otro adulto que viva con él.

Solicitante:		Cónyuge/Pareja:	
SSN (opcional*):	Fecha de nacimiento:	SSN (opcional*):	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad, estado:	
Teléfono/Celular:			
Ingresos mensuales brutos del grupo familiar: (Incluya todos los ingresos de sueldos/salarios, manutención infantil, pensión alimentaria, Seguro Social, beneficios para veteranos, jubilación/pensiones, compensación de trabajadores/beneficios por desempleo, ganancias por intereses, dividendos u otros ingresos)			
Fuente	Total mensual	Fuente	Total mensual
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Si los ingresos son \$0.00 (cero), explique:			
Recursos (opcional*):		Otros bienes (opcional*): (2.ª casa, embarcación, RV, moto de nieve, etc.)	
Saldo en una cuenta de cheques: \$ _____		\$ _____ Descripción: _____	
Saldo en una cuenta de ahorro: \$ _____		\$ _____ Descripción: _____	
Inversiones: \$ _____		\$ _____ Descripción: _____	
Cantidad total de dependientes y adultos del grupo familiar: _____			
Dependientes:	Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre
1.	_____	_____	3. _____
2.	_____	_____	4. _____
Otros adultos del grupo familiar:			
	Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre
1.	_____	_____	2. _____
CONFIRMACIÓN DEL CLIENTE: Confirmando que las declaraciones aquí incluidas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa o errónea sobre un hecho significativo podría causar la descalificación para recibir ayuda económica. Entiendo que debo presentar una verificación de ingresos.			
Confirmando que vivo en el área de mercado de Kossuth Regional Health Center desde hace al menos un año y que la información de arriba es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información que estoy presentando está sujeta a verificación por parte de Kossuth Regional Health Center.			
Firma del paciente: _____ Fecha: _____			
Envíe su solicitud con:			
1) Copias de la declaración de impuestos del año pasado o correspondencia del empleador o de una agencia gubernamental, copias de estados de cuenta bancarios, declaraciones W-2 o comprobantes de pago de su trabajo actual de los últimos tres meses.			
2) Su aprobación o denegación de Medicaid, o una solicitud de Medicaid completada.			

*No es necesario para tarifas variables.

Office Use Only

Notes:

Medicaid Decision: _____

☐ Applicant is Eligible

Percentage of Financial Assistance Granted: _____

Dollar Amount of Financial Assistance _____

Additional Assistance Amount _____

Additional Assistance Amount _____

Additional Assistance Amount _____

Additional Assistance Amount _____

Additional Assistance Amount _____

Type of Service: Attach detail w/Dates of Service

☐ Applicant is Ineligible

Reason for ineligibility: _____

Notice of determination
sent to patient _____
Date

Signed _____
Patient Financial Services Director

Signed _____
Chief Financial Officer

Income Recap

Income Tax	
Gross Income	\$ _____
Wages	\$ _____
	\$ _____
Social Security	\$ _____
	\$ _____
Unemployment	\$ _____
Child Support	\$ _____
Other	\$ _____
Total Income	\$ _____

English

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge.

Call 1-515-295-2451 (TTY: 1-641-428-7763).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

Bosnian

Pažnja: Ako govorite Bosanski, besplatne uluge prevodjenja su Vam na raspolaganju.

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.

ພາສາລາວ (Lao, Laotian)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

Français (French)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Deutsch (Pennsylvania Dutch)

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit

die englisch Schprooch.

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

unD (Karen)

LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jerbal in jipañ ilo kajin ñe aṃ ejjeḷok wōṇāān.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.