

Cómo completar la solicitud de asistencia financiera

Instrucciones paso a paso

Obtener la solicitud

- **En persona:** recoja la solicitud en la oficina del cajero (2^{do} piso) o en cualquier área de admisión en NKC Health.
- **En línea:** imprima la solicitud en www.nkchealth.org/FinancialAid.
- **Correo postal:** llame a Servicios Financieros para Pacientes al (816) 691-2040 o al (866) 691-2040 (línea gratuita) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. para solicitar que se le envíe una solicitud por correo.

Si no tiene seguro de salud, debe trabajar con ElevatePFS antes de completar esta solicitud. ElevatePFS trabaja con NKC Health para ayudar a los pacientes a obtener un seguro de salud y comprender las opciones de asistencia financiera. Para ponerse en contacto con ElevatePFS, **llame al (888) 689-6960**.

Parte A: Información del paciente

- ☐ Escriba su **apellido y nombre**.
 - ☐ Escriba su **fecha de nacimiento**.
 - ☐ Escriba su **número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)**.
 - ☐ Escriba su **dirección, ciudad, estado y código postal**.
 - ☐ Escriba los números de **teléfono de su casa, teléfono celular y teléfono del trabajo**.
 - Puede dejar espacios en blanco si no tiene los tres números de teléfono.
 - ☐ Marque la casilla de su **estado civil**.
 - ☐ Responda "**Sí**" o "**No**" si alguno de sus dependientes tiene cuentas de NKC Health para tenerlas en consideración.
 - Los dependientes son personas que viven en su hogar y que dependen de su dinero, como sus hijos o su pareja.
-

Parte B: Documentos

- Haga y adjunte una copia de su **declaración de impuestos sobre la renta más reciente** presentada ante el IRS. Este es un formulario que usted envía al gobierno cada primavera para informar cuánto dinero ganó.

Así es como se ve la parte superior de una declaración de impuestos sobre la renta. Lleva escrito **Formulario 1040** en la parte superior. Su declaración de impuestos sobre la renta no es un W-2.

Formulario

1040

Department of the Treasury—Internal Revenue Service

Declaración de Impuestos de los EE. UU. sobre los Ingresos Personales

2024

OMB No. 1545-0074

Sólo para Uso del IRS—No escriba ni engrape en este espacio.

Para el año correspondiente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024, o cualquier otro año tributario comenzando el _____ de 2024 y terminando el _____ de 20____

Vea las instrucciones.

Su primer nombre e inicial de su segundo nombre		Apellido		Su número de Seguro Social	
Si es una declaración conjunta, primer nombre e inicial del segundo nombre de su cónyuge		Apellido		Número de Seguro Social de su cónyuge	
Dirección postal (número y calle). Si tiene apartado postal, vea las instrucciones.				Núm. de apt.	Campana Electoral Presidencial Marque aquí si usted, o su cónyuge si es una declaración conjunta, desea aportar \$3 a este fondo. El marcar un recuadro a continuación no afectará su impuesto ni su reembolso. ☐ Usted ☐ Cónyuge
Ciudad, pueblo u oficina de correos. Si es una dirección extranjera, también complete los espacios a continuación.			Estado	Código postal (ZIP)	
Nombre del país extranjero		Provincia/estado/condado extranjero		Código postal extranjero	

Estado Civil

Marque sólo un recuadro.

☐ Soltero
☐ Casado que presenta una declaración conjunta (aun si sólo uno tuvo ingresos)
☐ Casado que presenta una declaración por separado (MFS)
Si marcó el recuadro MFS, anote el nombre de su cónyuge. Si marcó el recuadro HOH o QSS, anote el nombre del hijo si la persona calificada es un hijo pero no su dependiente:
☐ Si elige tratar a un cónyuge que es extranjero no residente o extranjero con doble residencia como residente de los EE. UU. por todo el año, marque el recuadro y anote el nombre de éste (vea las inst. y adjunte una declaración escrita si es requerido):

☐ Cabeza de familia (HOH)
☐ Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos (QSS)

Activos Digitales

En algún momento durante 2024, ¿(a) recibió (como recompensa, premio o pago por bienes o servicios) o (b) vendió, intercambió o de otra manera enajenó un activo digital (o un interés financiero en un activo digital)? (Vea las instrucciones)

☐ Sí ☐ No

Deducción Estándar

Alguien puede reclamar a:

☐ Usted como dependiente ☐ Su cónyuge como dependiente
☐ Cónyuge detalla las deducciones en una declaración separada o usted era extranjero con doble residencia

Edad/Ceguera

Usted: ☐ Nació antes del 2 de enero de 1960 ☐ Es ciego

Cónyuge: ☐ Nació antes del 2 de enero de 1960 ☐ Es ciego

Dependientes (vea las instrucciones): Si son más de cuatro dependientes, vea las instrucciones y marque	(1) Primer nombre		Apellido	(2) Número de Seguro Social	(3) Parentesco con usted	(4) Marque el recuadro si califica para el (vea las instrucciones):	
						Crédito tributario por hijos	Crédito por otros dependientes
						☐	☐
						☐	☐

- Haga y adjunte copias de todos sus **estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses**. Si tiene más de una cuenta bancaria, debe adjuntar los estados de cuenta de cada una de ellas.

Incluya todas las páginas de sus estados de cuenta bancarios, incluso si están en blanco.

- Haga y adjunte copias de todos sus **talones de pago de los últimos dos meses** o la **Carta de beneficios por discapacidad/del Seguro Social**.

Puede iniciar sesión en su cuenta de Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/> para descargar e imprimir una carta de beneficios. Tendrá el nombre y el logotipo de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) en la parte superior. También puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. para solicitar una copia por correo.

Tenga en cuenta: Deberá proporcionar una explicación o documentación adicional para cualquier depósito en sus estados de cuenta bancarios (por ejemplo, Venmo o Cash App) que no coincida con sus talones de pago o Carta de beneficios por discapacidad/del Seguro Social.

- ☐ Si está casado, también debe adjuntar los siguientes documentos de su cónyuge, incluso si no necesita asistencia financiera.
 - ☐ Declaración de impuestos sobre la renta más reciente presentada ante el IRS (en caso de que hayan presentado sus impuestos por separado).
 - ☐ **Todos** los estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses (si tienen cuentas bancarias separadas).
 - ☐ **Todos** los talones de pago de sueldo de los últimos dos meses **O** la Carta de beneficios por discapacidad/del Seguro Social.

Parte C: Información de la parte responsable

La parte responsable es aquella persona que paga las facturas médicas del paciente. Generalmente, el paciente es la parte responsable. La parte responsable también puede ser su cónyuge o pareja de convivencia. Si el paciente es un niño, la parte responsable suele ser un padre o tutor.

- ☐ Escriba el **apellido** y el **nombre** de la parte responsable.
- ☐ Escriba el **parentesco de la parte responsable con el paciente** (cónyuge, pareja de convivencia, padre/madre, tutor, etc.).
- ☐ Escriba el **número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)**, el **teléfono de la casa**, el **teléfono celular**, el **teléfono del trabajo**, la **dirección**, la **ciudad**, el **estado** y el **código postal** de la parte responsable.

Parte D: Dependientes

Los dependientes son personas que viven en su hogar y que dependen de su dinero, como sus hijos o su pareja.

- ☐ Escriba el **nombre** y la **edad** de cada dependiente.
 - ☐ Marque la casilla correspondiente para cada dependiente para seleccionar si es su cónyuge/pareja, padre, hijo (menor de 21 años) u otro.
 - ☐ Escriba el **número de personas en su hogar**. Esto significa cuántas personas viven con usted.
 - ☐ Escriba el **número de hijos menores de 21 años en su hogar**.
-

Parte E: Ingresos y activos del hogar

Ingreso familiar

En las primeras 3 columnas, informe su ingreso bruto **mensual**. Su ingreso bruto mensual es todo el dinero que haya recibido durante los últimos 30 días **antes de que se deduzcan los impuestos** u otras deducciones. Si tiene cónyuge o pareja de convivencia, también debe informar cualquier dinero que hayan recibido.

Sueldos brutos: el dinero que obtiene de un trabajo.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Beneficio del Seguro Social: dinero que recibe del Seguro Social.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Beneficio por discapacidad: dinero que recibe del gobierno si tiene una discapacidad.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Beneficio por desempleo: dinero que recibe del gobierno si no tiene empleo.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Asistencia estatal: dinero que recibe del gobierno para ayudarle.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Pensión alimenticia/manutención de los hijos: dinero que le da un ex cónyuge o pareja para manutención o cuidado de los hijos.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de Convivencia

Ingresos por alquiler/negocio: dinero que obtiene por el alquiler de una propiedad o por la administración de un negocio.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Préstamos o subvenciones estudiantiles: dinero que obtiene para la escuela.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Otro: cualquier otro dinero que reciba.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

☐ Sume todo el dinero que indicó en la columna "Paciente/Solicitante". Escriba el **total** en el recuadro de abajo.

☐ Sume todo el dinero que indicó en la columna de "Cónyuge/pareja de convivencia". Escriba el **total** en el recuadro de abajo.

☐ Si su ingreso total es \$0, marque las casillas debajo de la tabla para todas las opciones que correspondan:

- **Vive con pariente(s):** vive con familiares.
- **Vive con amigos(as):** vive con amigos.
- **Jubilado:** ha dejado de trabajar debido a la edad o la salud.
- **Desempleado:** no tiene trabajo.
- **Discapacitado:** tiene una discapacidad que afecta su capacidad para trabajar.
- **Sin hogar:** no tiene un lugar permanente para vivir.
- **Estudiante:** va a la escuela.
- **Otra:** cualquier otra razón por la que sus ingresos son \$0.

Activos

En las últimas 3 columnas, informe sus activos. Los activos son cosas que posee y que valen dinero. Si tiene cónyuge o pareja de convivencia, también debe informar sus activos.

Casa: el valor de su vivienda, en caso de que sea propietario.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Saldo del préstamo: la cantidad de dinero que todavía adeuda de su préstamo hipotecario (incluye intereses, tarifas y otros cargos).

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Otros bienes: el valor de cualquier otro inmueble que posea.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Saldo del préstamo: la cantidad de dinero todavía aún adeuda en los préstamos para cualquier otra propiedad que posea.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Acciones/Bonos: dinero que haya invertido en empresas o bonos del gobierno.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Certificado de Depósito (CD): dinero que haya ahorrado en un CD (una cuenta bancaria en la que una persona deposita dinero durante un periodo determinado).

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

IRAs/Fondo de Jubilación: dinero que haya ahorrado para su jubilación.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Cuenta(s) corriente(s) o de ahorro: el dinero que tenga en sus cuentas bancarias.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
- ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

Cuenta(s) de inversión: el dinero que tenga en inversiones.

- ☐ Usted (paciente/solicitante)
 - ☐ Cónyuge/pareja de convivencia

 - ☐ Sume todo el dinero que indicó en la columna "Paciente/Solicitante". Escriba el **total** en el recuadro de abajo.

 - ☐ Sume todo el dinero que indicó en la columna de "Cónyuge/pareja de convivencia". Escriba el **total** en el recuadro de abajo.
-

Parte F: Firma y fecha

- ☐ **Firme** con su nombre.

 - ☐ Escriba la **fecha**.
-

Contáctenos

Si tiene preguntas o necesita ayuda con su solicitud, comuníquese con nuestro **Asesor de recursos para pacientes** llamando al **(816) 691-2598** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.