

Solicitud de asistencia financiera

Parte a – información del paciente

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nac. _____ N.º Seg. Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Tel. hogar _____ Tel. celular _____ Tel. laboral _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Pareja conviviente ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

¿Alguno de sus dependientes tiene alguna cuenta del NK Health que se deba tener en cuenta dentro de esta solicitud?

☐ Sí ☐ No

Parte b – documentos

Adjunte copias de los siguientes documentos:

☐ Declaración de impuesto sobre la renta más reciente

☐ Extractos bancarios de los últimos dos meses

☐ Recibos de pago de los últimos dos meses o carta de Seguridad Social/Beneficios por incapacidad

Si no puede presentar esta documentación, comuníquese con un consejero de Recursos (816) 691-2598 para analizar otras pruebas que se pueden presentar para demostrar la elegibilidad.

Parte c – información de la parte responsable

Algunos ejemplos son: cónyuge, pareja conviviente, padre, madre, tutor, garante, etc. **Si son los mismos datos del paciente, omita la Parte B.**

Apellido _____ Nombre _____ Relación con el paciente _____

N.º Seg. Soc. _____ Tel. hogar _____ Tel. celular _____ Tel. laboral _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Parte d – dependientes

Haga una lista de todos los dependientes que residen en el domicilio del solicitante **por quienes el solicitante asume la responsabilidad financiera.**

Marque el casillero correspondiente a la relación para cada dependiente. **Agregue una hoja adicional si fuese necesario.**

NOMBRE	EDAD	CÓNYUGE/PAREJA	PADRE/MADRE	HIJO (MENOR DE 21)	OTROS

Número de personas en el domicilio familiar: _____ Número de hijos menores de 21 en el hogar: _____

SIGUE>

Parte e – ingresos y activos del grupo familiar

Bruto mensual (los últimos 30 días)

Fuente de ingresos	Paciente/Solicitante	Cónyuge/Pareja conviviente	Tipo de activo	Paciente/Solicitante	Cónyuge/Pareja conviviente
Salario/sueldo bruto	\$	\$	Si es propietario, valor de la vivienda	\$	\$
Beneficio de la Seguridad Social	\$	\$	Saldo de préstamo	\$	\$
Beneficio por incapacidad	\$	\$	Otros bienes, valor	\$	\$
Beneficio por desempleo	\$	\$	Saldo de préstamo	\$	\$
Asistencia Social	\$	\$	Acciones/Bonos	\$	\$
Pensión alimentaria/Manutención de hijos	\$	\$	Certificado de depósito (CD)	\$	\$
Ingreso por alquiler/comercial	\$	\$	Cuenta Individual de Jubilación (IRA)/Fondo de Retiro	\$	\$
Préstamos/Becas estudiantiles	\$	\$	Cuenta corriente/Caja de ahorros	\$	\$
Otro	\$	\$	Cuenta(s) de inversión	\$	\$
Ingreso total	\$	\$	Activos totales	\$	\$

Si el ingreso es \$0, marque todas las opciones que corresponda:

Para seleccionar un logotipo, por favor adjunte el archivo correspondiente o indique el logotipo específico que desea utilizar en este documento.

☐ Vive con familiares ☐ Vive con amigos ☐ Retirado ☐ Desempleado ☐ Incapacitado ☐ Sin hogar
☐ Estudiante

Otro: _____

Parte f – firma

Con mi firma a continuación, certifico que la información anterior es una declaración precisa y completa de mi situación financiera actual y otorgo mi permiso para verificar esta información.

Firma del paciente/Parte responsable _____