

# Lista de verificación de la solicitud de asistencia financiera

Use esta lista de verificación al completar su solicitud para asegurarse de tener todos los elementos necesarios. Para obtener instrucciones más detalladas, consulte el paquete llamado "Cómo completar la solicitud de asistencia financiera".

**SI NO TIENE SEGURO DE SALUD**, debe trabajar con ElevatePFS antes de completar esta solicitud.

ElevatePFS trabaja con North Kansas City Hospital para ayudar a los pacientes a obtener un seguro de salud y a comprender las opciones de atención financiera. Para comunicarse con ElevatePFS, llame al **(888) 689-6960**.

Complete la **Parte A: Información del paciente**

Complete la **Parte B – Documentos**

Adjunte copias de todos los documentos que se indican a continuación. Si está casado, también debe adjuntar cada documento correspondiente a su cónyuge, incluso si el cónyuge no necesita asistencia financiera.



1. Declaración de impuestos sobre la renta más reciente presentada ante el IRS

Usted  Cónyuge (si presentaron sus declaraciones de impuestos por separado)

**Consejo útil:** la declaración de impuestos sobre la renta dice **Formulario 1040 (Form 1040)** en la parte superior.

2. **Todos** los estados de cuenta bancarios correspondientes a los últimos 2 meses.

Usted  Cónyuge

**Consejo útil:** incluya todas las páginas de sus estados de cuenta bancarios, incluso si están en blanco.

3. **Todos** los talones de pago de sueldo correspondientes a los últimos 2 meses **O** la Carta de beneficios por discapacidad/del Seguro Social

Usted  Cónyuge

**Consejo útil:** ingrese a 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 solicitar que le envíen una copia por correo llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

**Tenga en cuenta:** se le puede solicitar que proporcione documentación o explicaciones adicionales a discreción del Asesor de Recursos Financieros.

Complete la **Parte C: Información de la parte responsable**

Complete la **Parte D: Dependientes**

Complete la **Parte E: Ingresos y activos del hogar**

Complete la **Parte F – Firma y fecha**



Asesor de recursos para pacientes  
(816) 691-2598  
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30

2800 Clay Edwards Dr.  
North Kansas City, MO 64116  
[nkchealth.org](http://nkchealth.org)

## 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 NKC 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, pase a la Parte D.**

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	\$	\$
<b>Ingreso total</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>Activos totales</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

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 \_\_\_\_\_

**NKC Health™**

2800 Clay Edwards Dr.  
 North Kansas City, MO 64116  
 (816) 691-2000  
 nkchealth.org