



Community Health Center of Southeast Kansas

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA ECONÓMICA

La clínica *Community Health Center of Southeast Kansas* ofrece servicios médicos de calidad para todas las personas, sin preocuparnos del pago. Esta aplicación puede darle asistencia si no tiene seguro médico, o si tiene dificultad para pagar sus facturas.

Pasos para recibir la asistencia económica

- Complete la aplicación.
- Asegúrese que todos los documentos necesitados están adjuntos y la aplicación está firmada.
- Júntese con unos de los representantes de la clínica para revisar la aplicación y determinar si puede recibir asistencia.

Pittsburg:

3011 N. Michigan
Pittsburg, KS 66762
Ph: (620) 231-9873
Fax: (620) 231-5062

Pittsburg Dental:

924 N. Broadway
Pittsburg, KS 66762
Ph: (620) 231-6788
1-866-396-6788
Fax: (620)231-2331

Baxter Springs:

2990 Military Ave.
Baxter Springs, KS 66713
Ph: (620)856-2900
Fax: (620) 856-2901

Columbus:

120 W. Pine
Columbus, KS 66725
Ph: (620)429-2101
Fax: (620)429-2106

lola:

1408 East Street
lola, KS 66749
Dental Ph: (620)365-6400
Dental Fax: (620)380-6215
Medical Ph: (620)380-6600
Medical Fax: (620)380-6215

Coffeyville:

604 S. Union
Coffeyville, KS 67337
Ph: (620) 251-4300
Fax: (620) 251-4979

Parsons:

2100 Commerce Dr.
Parsons, KS 67357
Ph: (620) 717-4450
Fax: (620) 717-4540

Independence:

3751 W. Main
Independence, KS 67301
Ph: (620) 577-2131
Fax: (620) 577-2134

Resumen para la Asistencia Económica

¿Cómo puedo calificar?

Para recibir un descuento, usted debe completar una aplicación y mandar prueba de ingresos. Si no tiene ingresos, necesitaremos una carta verificando que no tiene ingresos. Usted debe devolver esta aplicación a la clínica para que sea revisada por un trabajador de la clínica para determinar si se califica para recibir ayuda.

¿Qué beneficios se ofrecen?

Deseamos darle servicios médicos a cualquier persona. Pero para poder hacer esto necesitamos que todos puedan aportar con su porción. Le pedimos que paguen lo nominal de \$15.00 médica, visita mental \$25, y \$35 por la visita dental, \$25 por cuidado sin visita, y \$25 por optometría. Si sus ingresos son menos de las cantidades listadas abajo, usted es elegible por un descuento.

Pautas de Ingresos Brutos Mensuales					
Cantidad Adecuada*	\$15/25/35	\$25/35/45	\$35/45/55	\$45/55/65	100% de los cargos
Familia de 1	\$1,188	\$1,386	\$1,683	\$1,980	\$1,981 y más alto
Familia de 2	\$1,602	\$1,869	\$2,270	\$2,670	\$2,671 y más alto
Familia de 3	\$2,016	\$2,352	\$2,856	\$3,360	\$3,361 y más alto
Familia de 4	\$2,430	\$2,835	\$3,443	\$4,050	\$4,051 y más alto

¿Cuánto tiempo va a durar mi descuento?

Recibirá el descuento por doce meses. Si sus ingresos cambian o las personas en la casa aumentan, por favor notifique a la clínica, para asegurarnos que reciba el descuento apropiado. Cuando su descuento se expire, tiene que llenar una solicitud nueva.

¿Puedo calificar si tengo seguro médico?

Sí, pero primero tenemos que mandar sus facturas a su seguro. Si la factura no es pagada, entonces le damos el descuento al total de la factura que debe. Si la compañía de seguros le manda el pago a Ud. directamente o le manda la nota de rehúso, tiene que traer estas cosas a nuestra oficina o mandarlos por correo para que reciba su descuento. Si no lo hace va a tener que pagar toda la factura.

¿Dónde puedo utilizar mi descuento?

Solamente podemos darle descuentos por los servicios proveídos por la clínica. No podemos darle descuentos por gastos del hospital, servicios de ambulancia o doctores que no son afiliados con la clínica (inclusive si nosotros lo enviamos a ellos). Algunas de estas agencias ofrecen asistencia económica si la necesita, pero tiene que llamarles a ellos directamente.

Effective 2/11/2013

Revised 5/2013, 3/2014, 7/2014, 3/2015, 3/2016



Este cuadro es para uso de oficina solamente.

Slide Level: A B C D E Annual Income: _____
Exp. Date: _____ Scanned Under: _____
Approved By: _____

Nombre del Apicante _____ Número de teléfono _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Información de familia: Por favor liste todos los que viven en su casa empezando con Ud.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación a usted
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Información de Ingresos de la casa: Por favor liste todos los que reciben ingresos en la casa. (Ingresos incluyen cualquier dinero recibido no importa del estado civil de la pareja. Los ingresos pueden ser, sueldos, pensiones, pagos de seguro social, pagos de incapacitados, sostenimiento para hijos, desempleo, auto empleo, propinas, beneficios veteranos, etc. El descuento es calculado antes de los impuestos)

*****POR FAVOR MANDE COPIAS DE SUS INGRESOS.*****

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Tipo de Ingresos (empleo, SSI, beneficios, ect.)	Nombre del trabajo y número de teléfono	Promedio de horas semanales	¿Con qué frecuencia se paga esto? ¿Qué día?

Información de seguro médico: Por favor liste cualquier miembro de familia que tiene seguro médico

Nombre	Tipo de Seguro Medico

Yo entiendo que cualquier pago recibido de mi seguro va a ser para pagar mi cuenta en la clínica antes de que reciba descuentos. Yo estoy de acuerdo a pagar mi co-pago los días del servicio. Yo certifico que la información dada es correcta y asumo la responsabilidad de contactar a CHC/SEK en caso de cualquier cambio a mi estatus financiera de mi seguro que pueda ocurrir. Entiendo que seré descalificado por dar información falsa.

Firma: Representativo autorizado de familia

Fecha

This page For Office Use Only

Employment	
\$ _____	Gross Pay
X _____	# Pay Periods Yearly
\$ _____	Annual Pay

Employment	
\$ _____	Gross Pay
X _____	# Pay Periods Yearly
\$ _____	Annual Pay

Social Security/Disability/Retirement	
\$ _____	Gross Pay Before Deductions
X <u>12</u>	# Pay Periods Yearly
\$ _____	Annual Pay

Tax Return	
\$ _____	Line 22 of 1040, line 4 of 1040EZ, or line 15 of 1040A
+ _____	Non-Taxable Income
\$ _____	Annual Pay

Unemployment	
\$ _____	Maximum Total Benefits
OR	
\$ _____	Weekly Amount
X <u>26</u>	# Pay Periods Yearly
\$ _____	Annual Pay

W-2	
\$ _____	Box 1 of 1 st W-2
\$ _____	Box 1 of 2 nd W-2
\$ _____	Total Annual Pay

Child Support	
\$ _____	Gross Pay
X _____	# Pay Periods Yearly
\$ _____	Annual Pay

Other	
\$ _____	Gross Pay
X _____	# Pay Periods Yearly
\$ _____	Annual Pay

Proof of Address for Patient

ADD ALL ANNUAL PAY TOTALS

\$ _____

Reviewed By (Print Name/Date): _____

Corrections	
Corrections Made:	Date: _____
Actions Taken	Date: _____
Signature:	_____