



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.
- Provee comprobante de domicilio.
- 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
Tel: (620) 231-9873
Fax: (620) 231-5062

Pittsburg Dental

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

Baxter Springs

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

Columbus

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

lola

1408 E. Street
lola, KS 66749
Dental Tel: (620)365-6400
Dental Fax: (620)380-6215
Medical Tel: (620)380-6600
Medical Fax: (620)380-6215

Coffeyville

801 W. 8th Street
Coffeyville, KS 67337
Tel: (620) 251-4300
Fax: (620) 251-4979

Parsons

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

Independence

3751 W. Main
Independence, KS 67301
Tel: (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 usted califica para recibir ayuda.

¿Qué beneficios se ofrecen?

Deseamos darle servicios médicos a cualquier persona. Pero para poder hacer esto necesitamos que todos aporten con su porción. Le pedimos que paguen lo nominal a la hora de servicio. Si sus ingresos son menos de las cantidades listadas abajo, usted es elegible por un descuento.

Tamaño de familia	Promedio de ingresos mensuales
Familia de 1	Menos de \$2,023
Familia de 2	Menos de \$2,743
Familia de 3	Menos de \$3,463
Familia de 4	Menos de \$4,183

¿Cuánto tiempo va a durar mi descuento?

Recibirá el descuento por doce meses. Si sus ingresos cambian durante este tiempo 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 el reclamo a su seguro. Si la compañía de seguros le manda el pago a Ud. directamente o le manda la nota de rehúso, debe de 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 CHC/SEK. No podemos darle descuentos por gastos del hospital, servicios de ambulancia o doctores que no son afiliados con CHC/SEK (inclusive si nosotros lo mandamos a ellos). Algunos proveedores como hospitales ofrecen asistencia económica. El personal con gusto le ayudara en poder identificar y acceder estos programas.

¿Preguntas? Solo llámenos y estaremos encantados en ayudarlo a usted!

Effective 2/1/14

Revised 5/2013, 3/2014, 7/2014, 3/2015, 3/2016, 5/2017,4/2018



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 Aplicante _____ Número de teléfono _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código _____

Por favor liste todas las personas que Ud. se hace responsable financieramente incluyendo niños aun no nacidos.

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

Información de Ingresos: Por favor liste todos los que reciben ingresos. 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	Nombre del empleador	¿Con que frecuencia se paga?

Información de seguro médico: Por favor liste cualquier miembro 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 financiero de mi seguro que pueda ocurrir. Entiendo que seré descalificado por dar información falsa.

Firma

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:	_____