



COMMUNITY HEALTH CENTER OF SEK – FORMULARIO DE APLICACIÓN DE ASISTENCIA Financiera

Teléfono: (620) 240 - 5682

Fax: (620) 231 - 2808

Correo electronico: fa@chcsek.org

Nombre imprimido del aplicante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número telefónico: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Seguro de salud: Si No (Si sí, por favor nombre cualquier seguro de salud que tenga su familia).

Medicare, Medicaid/KanCare, Comercial/Privado, Otro: _____

Nombre de la compañía de seguro de salud: _____ Nombre de la compañía de seguro de salud: _____

Información de su familia:

Tamaño de familia (incluyendo usted mismo): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, Otro: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
PACIENTE (Si es diferente al solicitante)		DEPENDIENTE	
ESPOSO(A)/PAREJA		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

Información de ingreso anual familiar: Ingreso total antes de los impuestos.

Miembro familiar recibiendo ingreso	Tipo de ingresos (ganancias, seguro social, pensión, jubilación, incapacidad, manutención de hijos, desempleo, etc.)	Cuánto	Frecuencia (semanal, mensual)

Comprobante de ingresos: Por favor, proveer documentación de ingresos sobre todos los miembros familiares de mayor de dieciocho (18) años de edad. Un comprobante de ingresos es requerido para determinar la asistencia financiera. Si usted no puede proveer un *comprobante de ingresos*, usted puede llenar **declaración personal de ingresos** debajo de la página anterior.

Ejemplos de comprobante de ingresos: Una declaración de retención, "W-2"; talones de pago actuales (3 meses); información de empleo personal; declaración de impuestos del año anterior; declaración de pensión; información de seguridad de ingreso suplementario (SSI); declaración de beneficios de desempleo; declaraciones escritas de los empleadores.

Testimonio: Yo declaro que la información de arriba es correcta y tomo responsabilidad de contactar CHC/SEK si unos cambios ocurren en mi estado económico o de mi seguro. Yo entiendo que seré descalificado de recibir asistencia financiera por dar información falsa.

Firma del paciente/guardián: _____

Fecha: _____ (Mes) _____ (Día) _____ (Año)