

Aplicación para asistencia financiera

La clínica Community Health Center of Southeast Kansas ofrece servicios médicos de calidad para todas las personas, sin tomar en cuenta la habilidad de pago. La información proveída en esta aplicación de Asistencia Financiera puede calificarle para asistencia si tiene dificultad para pagar por los servicios.



Si tiene alguna pregunta sobre su aplicación de asistencia financiera, por favor contacte:

CHC/SEK – Asistencia Financiera al (620) 240-5682 o fa@chcsek.org.

Regrese su aplicación completa de asistencia financiera á:

**CHC/SEK – Financial Assistance, P.O. Box 1832, Pittsburg, Kansas 66762
Número de fax: (620) 231 - 2808 correo electrónico: fa@chcsek.org**

Usted puede entregar su aplicación en CUALQUIER clínica de CHC/SEK.

Una aplicación completa de asistencia económica incluye:

- Una aplicación de asistencia financiera llenada y firmada (por favor escribe claramente).
- Todos los documentos necesarios (comprobante de ingresos, comprobante de domicilio).

Usted puede calificar para la asistencia financiera aunque tenga seguro de salud; así que, por favor, complete la aplicación de asistencia financiera a pesar de su estado de seguro de salud.

La clínica CHC/SEK aplica elegibilidad de precalificación, cual puede calificarlo para la asistencia financiera mientras su aplicación de asistencia financiera este en proceso.

Una determinación si califica para la asistencia financiera será hecha entre siete (7) días desde su entrega de su aplicación completa para asistencia financiera.

Su asistencia financiera es válida por un (1) año desde su aprobación de asistencia financiera. Después del año, usted va ocupar llenar una nueva aplicación de asistencia financiera.

Por favor, mire el sitio web de CHC/SEK, www.chcsek.org, para información adicional sobre el programa de asistencia financiera de CHC/SEK.

Declaración de ingresos personales: No hay comprobante de ingresos disponible. Debido que no hay comprobante de ingresos personales disponible, yo declaro que mis ingresos anuales son \$_____. No tengo comprobante de mis ingresos personales porque _____.

Nombre imprimido del paciente/guardián: _____

Firma del paciente/guardián: _____

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