

HAYSMED

Solicitud de Ayuda Financiera/Financial Assistance Application

Estado de la Situación Financiera del Paciente/Garante
Statement of Patient/Guarantor Financial Position

PAWNEE VALLEY 
COMMUNITY HOSPITAL
A HAYSMED PARTNER

Instrucciones

Llame a su representante del servicio de atención al cliente al (785) 623-5100 para hablar de su situación financiera. Esta información nos ayudará a evaluar su situación financiera y a determinar qué ayuda puede estar disponible para usted. Tenga en cuenta que hasta que su declaración financiera haya sido revisada y aprobada, usted será financieramente responsable de su(s) factura(s) médica(s).

Junto con este formulario cumplimentado, sírvase facilitar lo siguiente:

- Copias de talones de pago recientes (2-3 copias)
- Declaración de Beneficios del Seguro Social (si corresponde)
- Copias de los extractos bancarios de las cuentas corrientes y de ahorro (último mes)
- Copia de la última declaración de impuestos

Si tiene alguna pregunta, llame al (785) 623-5100 o al 1-800-260-7090

Envíe a HaysMed, Attn: Customer Service, P.O. Box 8110, Hays, KS 67601, para _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ PATIENT INFORMATION	NÚMEROS DE CUENTA/ ACCOUNT NUMBER(S)
Nombre <i>(Name)</i> _____	_____
Dirección <i>(Address)</i> _____	_____
Cuidad/Estado/Código Postal <i>(City/State/Zip)</i> _____	_____
Seguro Social <i>(SS#)</i> _____	_____
Fecha de Nacimiento <i>(DOB)</i> _____	_____
Empleador <i>(Employer)</i> _____	_____
Dirección del Empleador <i>(Employer Address)</i> _____	_____
Número de Dependientes <i>(Number of Dependents)</i> _____	_____
Edades de los Dependientes <i>(Ages of Dependents)</i> _____	_____
INFORMACIÓN DEL GARANTE (si no es el paciente)/ GUARANTOR INFORMATION (If other than patient)	
Nombre <i>(Name)</i> _____	
Dirección <i>(Address)</i> _____	
Cuidad/Estado/Código Postal <i>(City/State/Zip)</i> _____	
Seguro Social <i>(SS#)</i> _____	
Fecha de Nacimiento <i>(DOB)</i> _____	
Empleador <i>(Employer)</i> _____	
Dirección del Empleador <i>(Employer Address)</i> _____	
Número de Dependientes <i>(Number of Dependents)</i> _____	
Edades de los Dependientes <i>(Ages of Dependents)</i> _____	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si no es el paciente) /
RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (If other than patient)

 (Cónyuge)
 (Spouse)

Nombre (Name) _____
 Dirección (Address) _____
 Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) _____
 Seguro Social (SS#) _____
 Fecha de Nacimiento (DOB) _____
 Empleador (Employer) _____
 Dirección del Empleador (Employer Address) _____
 Número de Dependientes (Number of Dependents) _____
 Edades de los Dependientes (Ages of Dependents) _____

ACTIVOS/ASSETS

Modelo/año del vehículo (Vehicle Model/Year) _____	Valor (Value) \$ _____
Modelo/año del vehículo (Vehicle Model/Year) _____	\$ _____
Nombre del Banco (Bank Name) _____	Saldo (Balance)
Dirección (Address) _____	\$ _____
Nombre del Banco (Bank Name) _____	Saldo (Balance)
Dirección (Address) _____	\$ _____
Bienes inmuebles (Real Estate) _____	Valor de mercado (Market Value)
_____	\$ _____
Otros Activos (Other Assets) _____	Descripción (Description) Valor (Value)
_____	\$ _____
_____	\$ _____

(es decir, barco, caravana, ganado, etc.) (i.e., boat, camper, livestock, etc.)

INGRESOS MENSUALES/MONTHLY INCOME

Ganancias del paciente (Patient's Earnings)	Ingresos Brutos (Gross Income)	\$ _____ A
	<i>Menos FICA e Impuesto Sobre los Ingresos</i> (Minus FICA & Income Tax)	- \$ _____ B
	Ingresos Netos (Net Income)	\$ _____ C
Ingresos del responsable/cónyuge (Responsible Party/Spouse's Earnings)	Ingresos Brutos (Gross Income)	\$ _____ D
	<i>Menos FICA e Impuesto Sobre los Ingresos</i> (Minus FICA & Income Tax)	- \$ _____ E
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia recibida (Child Support/Alimony Received)	Ingresos Netos (Net Income)	\$ _____ F
		\$ _____ G
Intereses/Dividendos (Interest/Dividends)		\$ _____ H

INGRESOS MENSUALES/MONTHLY INCOME

Alquileres/Regalias (Rents/Royalties)	\$_____ I
Seguro Social (Social Security)	\$_____ J
Pensión/Anualidad/Discapacidad (Pension/Annuity/Disability)	\$_____ K
Otros (enumere) (Other (list))_____	\$_____ L
INGRESOS NETOS MENSUALES TOTALES/TOTAL MONTHLY NET INCOME (Add C+F+G+H+I+J+K+L)	\$_____

GASTOS MENSUALES/MONTHLY EXPENSES

Aquiler/Hipoteca (Rent/Mortgage)	\$_____
Gas/Electricidad/Agua (Gas/Electric/Water)	\$_____
Teléfono (Telephone)	\$_____
Manutención infantil (Child Support)	\$_____
Cuidado de niños (Child Care)	\$_____
Alimentos/Comestibles (Food/Groceries)	\$_____
Medicamentos (Medications)	\$_____
Automóvil (Gasolina/Reparaciones) (Auto (Gas/Repairs))	\$_____
Seguro (Insurance)	\$_____
Vida y/o discapacidad (Life and/or Disability)	\$_____
Salud (Health)	\$_____
Automóvil (Auto)	\$_____
Proprietario (Homeowner's)	\$_____
Gastos escolares (School Expenses)	\$_____

GASTOS MENSUALES/MONTHLY EXPENSES

	Saldo (Balance)	Prestamista/Acreedor (Lendor/Creditor)	Pago Mensual (Monthly Payment)
Préstamo para el automóvil (Auto Loan)	\$ _____	_____	\$ _____
Préstamo para la vivienda (Home Loan)	\$ _____	_____	\$ _____
Otro(s) préstamo(s) (Other Loan(s))	\$ _____	_____	\$ _____
	\$ _____	_____	\$ _____
	\$ _____	_____	\$ _____
Facturas médicas (Medical Bills)	\$ _____	_____	\$ _____
	\$ _____	_____	\$ _____
	\$ _____	_____	\$ _____
Tarjetas de crédito (Credit Cards)	\$ _____	_____	\$ _____
	\$ _____	_____	\$ _____
	\$ _____	_____	\$ _____
Total de gastos mensuales (Total Monthly Expenses)			\$ _____

CERTIFICACIÓN:

Certifico que toda la información indicada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por HaysMed. Por la presente concedo permiso a HaysMed y representante(s) para investigar la información contenida en este documento, y para obtener un informe de crédito cuando proceda.

Firma del Paciente

Fecha/Hora

Firma del responsable (si no es el paciente)

Fecha/Hora

Discrimination is Against the Law

Hays Medical Center complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Hays Medical Center does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Hays Medical Center provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Hays Medical Center provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact Patient Care at 785-623-5297, or the Operator at 785-623-5000.

If you believe that Hays Medical Center has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Corporate Compliance
Hays Medical Center
2220 Canterbury Drive
Hays, Kansas 67601
Telephone Number: 785-623-5589
TTY/TDD or State Relay Number: 800-766-3777 (V/T); or Dial 711
Fax: 785-623-5018
Email: compliance@haysmed.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, contact Corporate Compliance.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

SPANISH

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

CHINESE

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777)。

GERMAN

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777) 번으로 전화해 주십시오.

LAOTIAN

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,

ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

ARABIC

ملحوظة: بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة انكر تتحدث كنت إذا: 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

TAGALOG

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777)

BURMESE

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကားကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက်

စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။

ဖုန်းနံပါတ် 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

FRENCH

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

JAPANESE

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777)まで、お電話にてご連絡ください。

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-429-7633 (телетайп: 1-800-766-3777).

HMONG

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).

PERSIAN (FARSI)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. یا (1-800-766-3777 (TTY: 1-855-429-7633 تماس بگیرد.

SWAHILI

KUMBUKA: Ikiwa unazunguma Kiswahili, unaweza kupata huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-855-429-7633 (TTY: 1-800-766-3777).