

**Salina Regional Health Center**  
**139 N Penn, PO Box 5080 Salina, KS 67402-5080**  
**785-452-6299**

Solicitud para Asistencia de Financiera  
Financial Assistance Application

Nombre de solicitante \_\_\_\_\_  
(Applicant's Name)

La dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (State)

Código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Zip Code) (Telephone Number)

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Social Security Number) (Date of Birth)

Número de cuenta(s) del paciente \_\_\_\_\_  
(Account Number (s))

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Patient Name)

La dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (State)

Código postal \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Zip Code) (Telephone Number)

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Social Security Number) (Date of Birth)

Patrón \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
(Employer) (Position) (How long?)

La dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (State)

Código postal \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Zip Code) (Telephone Number)

Nombre del esposo/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Spouse's Name) (Date of Birth)

Numero de seguro social \_\_\_\_\_  
(Social Security Number)

Patrón del esposo/a \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
(Employer of spouse) (Position)

Hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
(How long?)

La dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (State)

Código postal \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Zip Code) (Telephone Number)

El número de miembros en la familia \_\_\_\_\_ (Inclusive usted, su esposo, sus niños, y cualquiera viviendo con usted que usted sostiene. También, los estudiantes, a pesar de su

residencia, que es sostenido por sus padres u otros relacionados por el nacimiento, el casamiento, o la adopción se consideran para estar residiendo con los que los sostienen.)

Los ingresos: Liste los ingresos para su familia de:

	Ingresos brutos 3 meses pasado	Ingresos brutos 12 meses pasado
Salario..... (Wages)	_____	_____
Ayuda de público y emergencia ..... (Public and Emergency Assistance)	_____	_____
Seguridad social ..... (Social security)	_____	_____
Subsidio de desempleo ..... (Unemployment Comensation)	_____	_____
Subsidio de trabajador ..... (Worker's Compensation)	_____	_____
Cultive o auto empleo ..... (Farm or Self Employment)	_____	_____
Beneficios de huelga ..... (Strike Benefits)	_____	_____
Alimenticia ..... (Alimony)	_____	_____
Apoyo de niño ..... (Child Support)	_____	_____
Asignación para familia de militares .. (Military Family Allotments)	_____	_____
Pensiones ..... (Pensions)	_____	_____
Los ingresos de Dividendos Y Intereses (Income from Dividends and Interest)	_____	_____
Propiedad de renta ..... (Rental Property)	_____	_____
Otros ingresos ..... (Other Income)	_____	_____
Total ..... (Total)	_____	_____

\*\*\*\* Conecte por favor la prueba de ingresos (Las copias de verifica talonarios, formas W-2, las declaraciones de impuestos, etc.)\*\*\*\*

\*\*\*\* Please attach proof of income (Copies of Check Stubs, W-2 Forms, Income Tax Return, etc.) \*\*\*\*

**GASTOS:** La lista de todos los pagos que usted hace mensualmente y aproxímese la cantidad(es) que dejó debiendo. Sea específico y completo lo mas posible.

**EXPENSES:** List all payments you make monthly and approximate amount(s) left owing. Be as specific and complete as possible.

	¿A quién le paga? Who do you pay?	Pago Mensual Monthly Payment	Saldo Balance
Rentar/ Pago de casa (Rent/House Payment)	_____	_____	_____
Eléctrico/Gas (Electric/Gas)	_____	_____	_____
Agua (Water)	_____	_____	_____
Teléfono/Internet (Telephone/Internet)	_____	_____	_____
Televisión por cable (Cable Television)	_____	_____	_____
Comida (Food Estimate)	_____	_____	_____
Préstamo de coche (Car Loan)	_____	_____	_____
Seguro de automóvil (Car Insurance)	_____	_____	_____
Gasolina (Gas)	_____	_____	_____
Tarjeta de Crédito (Credit Cards)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Seguro de Enfermedad (Health Insurance)	_____	_____	_____
Seguros de vida (Life Insurance)	_____	_____	_____
Medicina de Prescripción (Prescription Meds)	_____	_____	_____
Guardería (Child Care)	_____	_____	_____
Otros Gastos (Other Expenses)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Total de Gastos (Total Expenses)	_____	_____	_____

Yo pido de que Salina Regional Health Center haga una determinación escrita de mi elegibilidad para la ayuda financiera. Certifico que la información de encima es verdad y correcto. Entiendo que la información que yo someto con respecto a mis ingresos, el tamaño de gastos y familia es comprobación susceptible por Salina Regional Health Center y que presentemente los autorizo ser verificada. Autorizo aún más a los empleadores e instituciones a liberar tal información. Entiendo también que si la información que yo me someto es determinada ser falso, tal determinación tendrá como resultado la negación de proporcionar ayuda financiera, y que seré responsable de cargos de servicios proporcionados.

I hereby request that Salina Regional Health Center make a written determination of my eligibility for financial assistance. I certify the above information is true and correct. I understand that the information I submit concerning my income, expenses and family size is subject to verification by Salina Regional Health Center and hereby authorize them to do so. I further authorize the employers and institutions to release such information. I also understand that if the information I submit is determined to be false, such a determination will result in denial of providing financial assistance, and that I will be liable for charges of services provided.

\_\_\_\_\_  
Firma (Signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\_\_\_\_\_  
Testigo (Witness)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

This document was received on \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ by  
\_\_\_\_\_.