

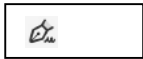
## **Instrucciones para completar este formulario en línea para enviar por correo electrónico o imprimir.**

### Los equipos con Windows / Macintosh

Descargar formulario y abierto en Adobe Reader DC. Los espacios en blanco de la forma son rellenables, basta con hacer clic y el tipo. Asegúrese de guardar a seguido. Una vez que haya completado el formulario guardar de nuevo. Para completar la parte de la firma del formulario, es posible realizar una de las siguientes:

- Escriba su firma para correo electrónico
- Haga clic en la opción de relleno y el signo
- Usted puede imprimir el formulario y firmar manualmente.

Si ha hecho clic en la opción de siga estos pasos.

- Seleccione el relleno y la opción de firmar.
- En la parte  superior de la página seleccione el icono.
- Seleccione la opción de firma.
- Usted puede optar por escribir su nombre o seleccione sorteo. Utilizar el ratón y dibujar su nombre. Haga clic en Aplicar. Usted tendrá que mover su firma a la línea de firma con el ratón. Puede que tenga que modificar su tamaño mediante la selección de una caja en una esquina y empujando a encogerse o tirando para agrandar.
- Guardar el documento de nuevo.
- Enviar por correo electrónico a Cathy Good a [cgood@lchoakley.com](mailto:cgood@lchoakley.com)

### Android / iPhone

La forma más fácil de completar este formulario es para descargar la aplicación gratuita AdobeFill & Sign.

- Descargar el archivo pdf.
- Cuando las opciones aparecen seleccione Copiar a AdobeFill y sesión.
- Haga clic en la línea de lo que necesita para completar y tipo.
- Para firmar el documento, seleccione la línea de firma y toque el lápiz en la parte inferior de la ventana. Escribe tu nombre.

Envair por correo electrónico a Cathy Good en [cgood@lchoakley.com](mailto:cgood@lchoakley.com)

**Logan County Hospital**211 Cherry  
Oakley, KS 67748**New Frontiers Health Services**212 Maple  
Oakley, KS 67748**Asistencia Financiera / Plan de Pago**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de teléfono</b> ____ - ____ - ____	<b>Estado civil</b> S C V D	<b>Número de seguro social</b> ____ - ____ - ____
-----------------------------	----------------------------	---	--------------------------------	--

<b>Fecha Pt. Enviados / recibidos:</b>	<b># Cta:</b>	<b>Balance: \$</b>
<b>Por favor regrese para:</b>	<b># Cta:</b>	<b>Balance: \$</b>
<b>Fecha de regreso:</b>	<b># Cta:</b>	<b>Balance: \$</b>

<b>Paciente</b>	<b>Persona Responsable de Bill (si no es el paciente)</b>	<b>Relación</b>
<b>Calle:</b>	<b>Nombre:</b>	
<b>Ciudad, Edo, Código Postal</b>	<b>Ciudad, Edo, Código Postal</b>	
<b>Teléfono: ____ - ____ - Celda: ____ - ____ -</b>	<b>Teléfono: ____ - ____ - Celda: ____ - ____ -</b>	

**EMPLEO**

<b>Empleador del paciente:</b>	<b>Empleador del garante:</b>
<b>Ocupación:</b>	<b>Ocupación:</b>
<b>Si no está trabajando, nombre del último empleador:</b>	<b>Si no está trabajando, nombre del último empleador:</b>
<b>¿Cuanto tiempo sin empleo?</b>	<b>¿Cuanto tiempo sin empleo?</b>

**A continuación todos los miembros de la casa COMENZAR CON EL PACIENTE**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Relación con el paciente</b>

¿Tiene cobertura de seguro de salud disponibles?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿por qué no está disponible para esta fecha del servicio? \_\_\_\_\_

En caso negativo, indique la razón o la falta de cobertura de seguro. El costo del seguro es demasiado alta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Condición preexistente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Otros, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Medicaid? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Fecha aplicada: \_\_\_\_\_

Si es rechazado, fecha: \_\_\_\_\_      Razón de la negación: \_\_\_\_\_

Si es rechazado, adjunte una copia de la carta de denegación de Medicaid.

<b>INGRESO MENSUAL: adjuntar copias de Prueba de ingresos:</b> Declaración de impuestos sobre la ingreso del último año y recibos de sueldo de los últimos 3 meses.				
	<b>Paciente</b>	<b>Esposa/Otro(a)</b>	<b>Otros miembros de la familia (mayores 18 años)</b>	
Empleo	\$	\$		
Seguridad Social pensiones				
El desempleo / Comp de Asistencia del gobierno				
Los pagos por discapacidad				
Dividendos / Intereses				
Otros, Lista				
INGRESO MENSUAL				
<b>INGRESOS TOTALES:</b>	<b>MENSUAL: \$</b>		<b>ANUAL:</b>	
<b>GASTOS</b>	<b>MENSUAL</b>	<b>TOTAL DEBIDO</b>	<b>Activos de las familias</b>	<b>VALOR</b>
Hipoteca o Renta	\$	\$	\$	\$
Pago del coche			Ahorros	
Servicios públicos (gas, luz)			Acciones y bonos	
Cable			Los fondos de inversión, dinero	
Teléfono (celular incluyendo)			Valor Efectivo del Seguro de Vida	
Comida			Valor inmobiliario	
Cuidado de los niños			Valor cultivo de los inmuebles	
Ropa			Vehículos de Valor (no primaria)	
Seguros (Auto, Vida, salud)			Joyería y otros Bienes personales	
Gas / Transporte			Otros activos (Describir)	
Recreación				
médicos				
hospitales				
otro Médico				
Tarjetas de crédito				
Otros Gastos (Describir)				
			<b>Total de Bienes:</b>	\$
			<b>deudas de los hogares</b>	<b>VALOR</b>
			Préstamo hipotecario	\$
			Préstamo de Auto	
			Deuda de tarjeta de crédito	
			Otros: Total de gastos	
<b>GASTOS TOTALES:</b>	\$	\$	<b>DEUDAS total del hogar:</b>	\$
Otra información pertinente sobre la situación FINANCIERA				
Yo verifico que la información proporcionada es correcta y completa. AUTORIZO LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y Entendemos que mas documentación adicional puede ser solicitada. Si hay información resulten ser falsas, FINANCIERO DISPOSICIÓN O ASISTENCIA puede ser anulada.				
<b>Paciente / Firma Responsable</b>			Fecha:	
Determinación de la aplicación: Aprobada / Denegado		Fecha de Determinación carta enviada por correo:		
Razón de la negación: _____				
Firma (s) representante del hospital			Fecha:	