



Estimado paciente de KRMC,

Gracias por elegir Kingman Regional Medical Center (KRMC) para cubrir sus necesidades de atención médica. Si está experimentando dificultades financieras y no puede pagar las facturas médicas de KRMC, puede calificar para obtener descuentos a través de nuestro programa de Ayuda Financiera para el Paciente (por favor consulte en la Política de Ayuda Financiera para el Paciente de KRMC la descripción de nuestros criterios de calificación).

Para solicitar la ayuda financiera, por favor complete una Solicitud del Programa de Ayuda Financiera para el Paciente dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha de notificación de su responsabilidad de pagar las facturas médicas. Su solicitud debe estar totalmente llenada y firmada antes de ser considerada. También se requiere la siguiente documentación:

- 🍇 **Prueba de la situación del seguro médico-** Si no tiene seguro, proporcione la prueba de que ha solicitado Medicaid (AHCCS) y/o cobertura a través del intercambio de seguros de la Ley de Atención Asequible
- 🍇 **Prueba de residencia-** Licencia de conducir vigente u otros documentos que demuestren la residencia
- 🍇 **Prueba de la relación de los miembros de la familia-** Certificado de nacimiento, certificado de bautismo, o papeles de adopción para menores de edad; licencia de matrimonio; sentencia de divorcio o documentos de separación legal
- 🍇 **Fotocopia de la tarjeta de Seguridad Social** para cada miembro de su familia (**Opcional**)
- 🍇 **Documentos de los bienes:** estados de cuenta bancarios y de instituciones financieras de los últimos tres (3) meses y declaraciones que demuestran otros activos financieros, como acciones, bonos, valores
- 🍇 , y certificados de plazo fijo. Incluir todas las páginas de cualquier estado financiero, incluso si están en blanco
- 🍇 **Documentación de los ingresos de todos los miembros de la familia:** talones de cheques de nómina, declaración del patrón, o registros de negocios propios que demuestren los ingresos brutos durante las 12 semanas más recientes (los talones de cheques de nómina deben ser consecutivos). También incluya las cartas de adjudicación o la documentación de todos los 'otros ingresos', que comprenden Seguridad Social, ingresos de pensión, manutención infantil, pagos por incapacidad, compensación del trabajador, herencias, beneficios de subvención y de educación, ingresos por alquiler, etc.
- 🍇 **Declaración de impuestos del año anterior** si usted trabaja por cuenta propia.

Usted puede llevar su solicitud y los documentos necesarios a Servicios Financieros para el Paciente de KRMC, ubicado en Stockton Hill Medical Plaza, 2202 Stockton Hill Road en Kingman, Arizona. Nuestros amables representantes de atención al cliente le pueden ayudar a llenar la solicitud y la documentación requerida.

Si prefiere enviar su solicitud por correo postal, por favor compruebe que su solicitud esté completa en su totalidad, firmada y que toda la documentación requerida que esté incluida. Nuestro domicilio postal es:

**Kingman Regional Medical Center**  
**Atención: Departamento de Servicios Financieros para el Paciente**  
**3269 Stockton Hill Road**  
**Kingman, AZ 86409-3619**

Por favor denos treinta (30) días hábiles para procesar su solicitud. Le notificaremos si califica por correo y si es así, la cantidad de ayuda que le podemos proporcionar.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para solicitar la asistencia, póngase en contacto con Servicios Financieros para el Paciente de KRMC al **(928) 263-3534**.

Atentamente,

Departamento de Servicios Financieros de KRMC



**Solicitud del programa de ayuda financiera para el paciente**

Nombre del paciente		Segundo nombre	Apellido			
Nombre del aval	Segundo nombre	Apellido		Sexo	DOB	No. seguro social Opcional
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad		Estado	C.P.	Teléfono
Núm. miembros de la familia:		El paciente vive con la familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Núm. de hijos menores de 18 años en casa:			Núm. de hijos dependientes mayores de 18:			
Núm. de hijos dependientes mayores de 18 años que son estudiantes de tiempo completo:			Núm. de hijos dependientes discapacitados:			
Bienes inmuebles: \$ _____ Pago mensual (Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta			Otros bienes inmuebles: (Propiedades, colecciones, etc.):			
<b>Fuentes de ingreso mensual</b>		<b>Esposo</b>	<b>Esposa</b>	<b>Niños</b>	<b>Total</b>	
Empleo						
Seguridad social						
Sociedades industriales						
Desempleo						
Pensión/Retiro/Rentas						
ADC, GA, Cupones de alimentos						
Otros (ingreso de alquiler, pensión alimenticia, conyugal, etc.)						
<b>Ingreso bruto total</b>						
Patrón de la parte responsable						
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad		Estado	CP	Teléfono
Puesto:		Ingreso mensual \$			Fecha de inicio:	
Cheques: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad total \$		Nombre del banco:		
Ahorros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad total \$		Nombre del banco:		
Certifico que la información aquí proporcionada está completa y es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación deliberada puede dar lugar a una negativa de consideración. En la presente autorizo al hospital a que realice cualquier consulta necesaria para verificar la información proporcionada y para obtener cualquier dato adicional requerido por la instalación.						
<b>Firma del solicitante:</b>					<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del co-solicitante:</b>			<b>Firma del testigo:</b>			

Relación de los miembros de la familia: Certificado de nacimiento o bautismo o papeles de adopción para menores de edad, acta de matrimonio, acta de divorcio o documentos de separación legal.

Tarjetas de Seguro Social

Comprobante de domicilio: Licencia de manejo vigente, otros documentos que demuestren la residencia.

Bienes: Estados de cuenta bancarios y de instituciones financieras de los últimos tres (3) meses, acciones, bonos, títulos, certificados.

Ingreso de todos los miembros de la familia: Estados de cuenta de cheques o talonario de chequera, lista del patrón nombrando los salarios brutos, informes de negocio propio, carta de asignación de ingresos/beca o carta de beneficios educativos, otros documentos que demuestren el ingreso.

Periodo de ingresos \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses • Devolución de impuestos del año anterior