



3251 N. Rock Rd.  
Derby, KS 67037  
(316) 425-  
[www.RockRegionalHospitalDerby.com](http://www.RockRegionalHospitalDerby.com)

*Un hospital operado por Candor Healthcare*

Para completar el procesamiento de la solicitud de asistencia financiera adjunta, se requerirá la verificación de los ingresos y el tamaño del hogar. Es su responsabilidad como paciente proporcionar Asesoramiento Financiero con esta información de manera oportuna. Si no realiza un seguimiento, su cuenta podría ir a colecciones. Deberán incluirse los siguientes documentos:

- Solicitud completada con firma de cónyuge si está casado. Si se separa; verificación de la separación legal o se necesitará la información del cónyuge.
- La declaración de impuestos completa más reciente para determinar el tamaño del hogar solamente (1040 o 1040 EZ) o una declaración de por qué no está obligado a presentar una declaración de impuestos. Se necesitan devoluciones federales y estatales.

#### Información de ingresos

Para las personas que reciben asistencia de HUD, asistencia WIC o cupones de alimentos:

- Carta de aprobación del programa anterior

Para todos los demás individuos:

- Empleado
  - Información de Ingresos Brutos que consiste en los talones de pago más recientes de 2 meses o historial de pago en el membrete de la empresa
- Autónomo
  - Los últimos 2 meses de diarios de negocios o su declaración de impuestos completa más reciente
- Desempleados
  - Declaración de desempleo o declaración de apoyo de quien esté ayudando si usted no está recibiendo desempleo.
- Destinatario de la Seguridad Social
  - Carta de premio de beneficios del Seguro Social de la Administración del Seguro Social
- Otros Ingresos
  - Prueba de ingresos como manutención infantil, pensión alimenticia o ingresos mensuales de fideicomisos
- Si usted está fuera de nuestro área de cuenca en el área necesitamos una carta de su médico explicando por qué tenía servicios aquí en lugar de localmente.

Todos los pacientes que están aprobados para caridad completa deberán un copago por el servicio:

Servicios para pacientes hospitalizados/observaciones/ED: \$100  
por visita

Si tiene preguntas sobre los copagos, la solicitud o los documentos requeridos, llame al 316-425-2400 para solicitar un Consejero Financiero que pueda ayudarlo. Se puede solicitar información adicional a medida que se procesa su solicitud.

Puede devolver la solicitud y los documentos para su procesamiento al siguiente Hospital

Regional de Rock  
Attn: Departamento de Asesoría Financiera  
3251 N. Rock Road  
Derby, KS 67037



**Información mensual sobre el ingreso del hogar:**

	Paciente	Cónyuge/Co-Applicant
Ingreso bruto (antes de las deducciones)		
Ingresos por Autoempleo		
Desempleo		
Seguro Social/SSI (especificar):		
Jubilación (Pensión, Anualidad)		
Pensión alimenticia o manutención de niños		
Intereses y dividendos de cuentas de inversión		
Ingresos de Alquiler Inmobiliario		
Otros Ingresos		
<b>Ingresos totales</b>		

**Total Household Income**

**Información mensual de gastos del hogar:**

	Total		Total
Hipoteca/Alquiler		Comestibles	
Electricidad		Pago de coche (s)	
Gas doméstico		Guardería	
Agua/Alcantarillado		Manutención/Alimonia Infantil	
Teléfono/Teléfono celular		Préstamos estudiantiles	
Cable/Internet		Gastos médicos	

**Total Household Expense**

**Si no tiene ingresos mensuales, adjunte una explicación de cómo está satisfaciendo sus gastos mensuales devida.**

INFORMACION OBTENIDA DE: \_\_\_\_\_ RELACIONES CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando asistencia financiera con Rock Regional Hospital Health, Inc. (Hospital Regional de Rock) como agente de facturación/cobro para los proveedores de atención médica afiliados indicados anteriormente. Entiendo que es la expectativa del Hospital Regional de Rock que los pacientes utilicen todos sus recursos financieros disponibles para pagar sus facturas médicas antes de que se considere o otorgue asistencia financiera. La información que he proporcionado en esta Aplicación y los documentos justificativos son verdaderas y completas. Al firmar este formulario, acepto permitir que Rock Regional Hospital verifique mi historial de empleo y crédito con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones e instalaciones a divulgar información sobre mi crédito o estado financiero al Hospital Regional de Rock para este mismo propósito. Entiendo que Rock Regional Hospital puede requerir una prueba más específica de cualquier información sobre esta FAA y los documentos de apoyo serán proporcionados bajo petición. Si se encuentra que alguna información de esta FAA y documentos justificativos es falsa, engañosa o incompleta, mi solicitud de asistencia será denegada. Rock Regional Hospital se reserva el derecho de reevaluar y/o revertir cualquier designación de servicio caritativo si no se divulga información material, o la información fue tergiversada o retenida deliberadamente, o si yo (o mis herederos) presento una demanda civil contra un tercero para lesiones o daños (incluidos los cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que cualquier asistencia financiera otorgada por Rock Regional Hospital no puede ser utilizada por mí o mis representantes legales en ninguna negociación, acuerdo o demanda con el propósito de mejorar una indemnización por daños monetarios. En caso de que esto ocurra, acepto que rock regional hospital tiene el derecho de revertir cualquier designación de servicio de caridad y perseguir cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que preste servicios médicos al paciente mencionado anteriormente puede presentar y mantener un gravamen hospitalario antes o después de que se conceda asistencia financiera en todas las posibles fuentes de recuperación.

\_\_\_\_\_  
Fecha defirma

\_\_\_\_\_  
del solicitante Fecha de firma del solicitante Fecha de firma