



Salina Regional Health Center (SRHC) afirma y mantiene su compromiso de servir a nuestra comunidad independientemente de la edad, raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, discapacidad, condición de veterano, identificación de género y estén asegurados o tengan seguro insuficiente. En apoyo a estos principios, el SRHC proporciona asistencia financiera para ciertos individuos quienes reciben emergencia u otros cuidados médicos necesarios. Se mantendrá la confidencialidad de información para aquellos que buscan asistencia financiera en el SRHC.

Lista de Verificación para la Asistencia Financiera

Por favor complete la solicitud de dos páginas en total y adjunte el comprobante de ingresos solicitado. Para que sea considerado para la asistencia financiera, los siguientes documentos deben acompañar su aplicación. Debe proveer de la documentación de todos los adultos de 18 años y mayores, quienes ya no están en la escuela. El SRHC se reserva el derecho de pedir documentación como ha sido determinada por la administración.

Declaración de Impuesto a las Ganancias – La Declaración de Impuesto Federales completa, con la firma del preparador. Se deben proporcionar todos los horarios que se completaron. (IE: Horario E para los ingresos por alquiler).

Salarios – Copias de los comprobantes de pago desde los tres meses más reciente de cada trabajo. Los comprobantes de pago deben mostrar los salarios brutos.

Manutención Infantil / Pensión – Comprobante de cualquier apoyo recibido en algún momento durante los últimos 12 meses. Por favor proporcione un historial de pago por un año del Centro de Pago de Kansas. Si usted es un padre adoptivo, por favor proporcione documentos de ubicación que muestre una compensación por cada niño a su cuidado.

Asistencia del Gobierno – Un carta de beneficio actual del Seguro Social; carta de Discapacidad SSI; prueba de beneficio de Veterano; ingreso por pensión/jubilación; desempleo; compensación al trabajador; o cualquier otro beneficio de subsidio del gobierno.

Asistencia Pública / DCF – Prueba de cupones de alimentos; efectivo, vivienda, servicios públicos y/o asistencia de cuidado al niño(a).

Becas / subsidios Estudiantiles – Copias de documentación mostrando dinero recibido por subsidios y becas por los últimos 12 meses. Un horario de clases actual o prueba de inscripción para cualquier estudiante post-secundaria (universidad, escuela secundaria, comercial o técnica, etc).

Otras fuentes de ingreso – Ingresos por alquiler, regalos monetarios, ganancias por apuestas, etc.

Si usted tiene alguna pregunta mientras llena la aplicación, por favor comuníquese con el Servicio al Cliente.

Verificación de Ingreso: Por favor proporcione los talonarios de cheques de los tres últimos meses y Declaración de Impuestos actual, etc.

(proporcione prueba de ingreso)	Nombre(s) de la(s) persona(s) que reciben ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia recibe su ingreso?	PARA USO EXCLUSIVO DE SERVICIO AL CLIENTE
Salarios				
Manutención Infantil y/o pensión				
Beneficios SSI/SSDI				
Beneficios de Veteranos				
Desempleo				
Compensación del Trabajador				
Ingresos de Pensión/Jubilación				
Asistencia Pública /DCF: Cupones para alimentos, hogar, servicios públicos, cuidados de niños o asistencia en efectivo				

Becas/Subsidios Estudiantiles				
Ingresos por Alquiler				
Otros Ingresos/Asistencia:				

Gastos del Hogar: Por favor enumere los gastos para todos los ocupantes del hogar. Sea lo más completo posible.

Tipo de gastos	Pago Mensual	¿A quién paga?
Alquiler / Hipoteca		
Electricidad		
Gas		
Agua / Basura		
Teléfono / Internet		
Cable TV		
Seguro del Hogar		
Estimado de Comida		
Cuidado de Niños		
Préstamo de Automóvil		

Seguro del Automóvil		
Gasolina		
Seguro de Salud		
Seguro de Vida		
Prescripciones Médicas		
Tarteta(s) de Crédito(s)		
Otros Gastos		
Gastos Totales		

Por la presente solicito que el Centro de Salud Regional Salina realice una determinación de mi elegibilidad por escrito para la asistencia financiera. Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que la información que suministre concerniendo mi ingreso, gastos y tamaño de la familia está sujeto a verificación por el Centro de Salud Regional Salina y por la presente autorizo a ellos a que lo hagan. Autorizo al empleador/instituciones a divulgar tal información. También entiendo que si la información que suministro es determinada como falsa, esta determinación resultará en la negación de la asistencia financiera, y seré responsable por los cargos de servicio proporcionados.

 Firma

 Fecha