

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION		Please send completed application and all required supporting documents to: The University of Kansas Health System, PO BOX 955801, St Louis, MO 63195-5801	
MRN#			
Guarantor #			
PATIENT INFORMATION			
Patient Name: (first, middle, last)		Is patient a US Citizen?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Permanent Resident?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Patient Date of Birth:		Patient Social Security #	
INSURANCE INFORMATION			
Is patient covered by health insurance?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Has patient applied for Medicaid benefits within the last 6 months?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
If No, please explain why:			
Has patient been denied Medicaid benefits within the last 6 months?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>If patient was denied Medicaid benefits within the last 6 months, please attach a copy of the denial notice</i>			
Does patient have a lawsuit, settlement, personal injury, work comp, or liability claim pending?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Please check all boxes that apply to the patient, and attach the supporting documentation			
<input type="checkbox"/>	Patient Medicaid eligible but not on date of service, or not eligible for non covered services		
<input type="checkbox"/>	Patient deceased	Date of Death:	
<input type="checkbox"/>	Patient incarcerated	Date of incarceration:	
<input type="checkbox"/>	Patient homeless	Explain:	
GUARANTOR INFORMATION			
Guarantor Relationship to Patient: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Grandparent			
<input type="checkbox"/>	Other (explain)		
Guarantor Name: (first, middle, last)			
Street Address:			
City:		State:	Zip:
Guarantor Home #:		Cell #:	
Guarantor Social Security #:		Guarantor Date of Birth:	
Household size:		Marital status:	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married
Employment status:		Divorced	<input type="checkbox"/> Legally separated
<input type="checkbox"/>	Full Time	<i>If legally separated, please attach legal separation notice</i>	
<input type="checkbox"/>	Part Time	Widowed	
<input type="checkbox"/>	Self Employed		
<input type="checkbox"/>	Unemployed <i>(if unemployed please provide dates of unemployment in section below)</i>		
<input type="checkbox"/>	Student	<i>If you are a student and rely on student loans to pay basic living expenses, please provide copies of student loan amounts and allocations</i>	
Employer Name and Address:			
Hire Date:		How often are you Paid?	Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/>
Are you claimed on someone else's taxes as a dependent?	<input type="checkbox"/> Yes	Monthly <input type="checkbox"/>	Semi-monthly <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> No	If Unemployed, please provide dates of unemployment period:	
Gross Monthly Salary:		From:	To:

SPOUSE INFORMATION									
Spouse Name: (first, middle, last)									
Spouse Social Security #					Date of Birth:				
Employment Status:		<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time	<input type="checkbox"/> Self Employed	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Unemployed			
If Unemployed, please provide dates of unemployment period:					From:		To:		
Employer Name and Address:									
Hire Date:		How often are you Paid?			Weekly	<input type="checkbox"/>	Bi-weekly	<input type="checkbox"/>	
					Monthly	<input type="checkbox"/>	Semi-monthly	<input type="checkbox"/>	
Is spouse claimed on someone else's taxes as a dependent?					<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Spouse's Gross Monthly Salary:									
DEPENDENT INFORMATION (if more than 6 use separate page)									
Full Name: (first, middle, last)			Date of birth:		Relationship:		Claimed on taxes?		
							<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No
TOTAL INCOME INFORMATION (enter monthly amounts)									
Gross Wages: \$					Worker Comp: \$				
Pension/Retirement: \$					Unemployment: \$		Misc.: \$		
Rental Income: \$					Alimony/Child Support: \$				
Veterans Benefits: \$					Interest/Dividends: \$				
Short/Long Term Disability: \$					SSI/SSDI Social Security: \$				
PROPERTY INFORMATION									
Type:		Monthly Payment:		Estimated Value:		Unpaid Balance:			
Primary home									
2nd mortgage									
Secondary/Vacation home									
Rental property									
Land									
AUTO/MOTORCYCLE/RV/BOAT/JET SKI/TRAVEL TRAILER/ETC INFORMATION									
Type/Make/Model/Year:			Monthly Payment:		Estimated Value:		Unpaid Balance:		
MONETARY ASSET INFORMATION									
Checking Balance \$					Savings Balance \$		CD \$		
Stocks/Bonds \$					IRA \$		401k \$		
403b \$					Others (HSA/FSA) \$				
<p><b>Certification: By signing below, I certify that the all of the preceding information is true and correct. I understand that this information may be reviewed in conjunction with a credit report, and I further understand that if I knowingly provide untrue information in the application, I will be ineligible for financial assistance and any financial assistance granted to me may be reversed and I would be responsible for the medical bills.</b></p>									
Guarantor Signature:					Date:				
Spouse (if applicable):					Date:				





# THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM

<b>SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA</b>		Envíe la solicitud completa y todos los documentos de respaldo requeridos a: <b>The University of Kansas Health System, PO BOX 955801, St Louis, MO 63195-5801</b>	
MRN#			
Garante #			
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>			
Nombre del paciente: <small>(nombre, inicial segundo nombre, apellido)</small>		¿Es el paciente ciudadano estadounidense? ¿Residente permanente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento del paciente:		# Seguro Social del paciente	
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>			
¿Está el paciente cubierto por un seguro de salud?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El paciente ha solicitado los beneficios de Medicaid en los últimos 6 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si no, explique por qué:			
¿Se le han negado los beneficios de Medicaid al paciente en los últimos 6 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Si al paciente se le negaron los beneficios de Medicaid en los últimos 6 meses, adjunte una copia del aviso de denegación</i>			
¿Tiene el paciente pendiente alguna demanda, arreglo, reclamo por lesión personal, compensación laboral o reclamo de responsabilidad?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Marque todas las casillas que correspondan al paciente y adjunte la documentación de respaldo</b>			
<input type="checkbox"/>	Paciente elegible para Medicaid pero no en la fecha del servicio, o no elegible para servicios no cubiertos		
<input type="checkbox"/>	Paciente fallecido	Fecha de muerte:	
<input type="checkbox"/>	Paciente encarcelado	Fecha de encarcelamiento:	
<input type="checkbox"/>	Paciente sin hogar	Explique:	
<b>INFORMACIÓN DEL GARANTE</b>			
Relación del garante con el paciente:		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/>	Otro (explicar):		
Nombre del garante: <small>(nombre, inicial segundo nombre, apellido)</small>			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
# casa del garante:		# celular:	
Número de Seguro Social del garante:		Fecha de nacimiento del garante	
Tamaño del hogar:		Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Estado de Empleo:		Divorciado	<input type="checkbox"/> Legalmente separado
<input type="checkbox"/>	Tiempo completo	<i>Si está legalmente separado, adjunte notificación de separación legal</i>	
<input type="checkbox"/>	Tiempo parcial	Viudo	
<input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta propia		
<input type="checkbox"/>	Desempleado <i>(Si está desempleado, indique las fechas de desempleo en la sección a continuación)</i>		
<input type="checkbox"/>	Estudiante <i>Si es un estudiante y depende de préstamos estudiantiles para pagar los gastos básicos de vida, proporcione copias de los montos y asignaciones de los préstamos estudiantiles.</i>		
Nombre y dirección del empleador:			
Fecha contratación:		¿Con qué frecuencia le pagan?	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/>
¿Es usted declarado como dependiente en los impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mensual <input type="checkbox"/>	Semi mensual <input type="checkbox"/>
Salario mensual bruto:		Desde:	A:

INFORMACION DEL CÓNYUGE									
Nombre del cónyuge: (nombre, inicial segundo nombre, apellido)									
Número de Seguro Social del cónyuge:			Fecha de nacimiento:						
Estado de empleo:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Trabajador cuenta propia	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado			
Si está desempleado, indique las fechas del período de desempleo:				Desde:		A:			
Nombre y dirección del empleador:									
Fecha contratación:		¿Con qué frecuencia le pagan?			Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		
					Mensual <input type="checkbox"/>		Semi mensual <input type="checkbox"/>		
¿El cónyuge es declarado como dependiente en los impuestos de otra persona?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Salario mensual bruto del cónyuge:									
INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (si son más de 6 usar una página separada)									
Nombre completo: (nombre, inicial segundo nombre, apellido)			Fecha de nacimiento:		Relación:		¿Reclamado en impuestos?		
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DE INGRESOS TOTALES (ingrese montos mensuales)									
Salarios Brutos: \$		Compensación laboral: \$							
Pensión/Retiro: \$		Desempleo: \$			Misc.: \$				
Ingreso de alquiler: \$		Pensión alimenticia/manutención infantil: \$							
Beneficios deveteranos: \$		Intereses/Dividendos: \$							
Discapacidad a corto/largo plazo: \$		SSI/SSDI Seguro Social: \$							
INFORMACIÓN DE PROPIEDADES									
Tipo:		Mensualidad:		Valor estimado:		Balance adeudado:			
Casa primaria									
2nda hipoteca									
Secundaria/casa de vacaciones									
Alquiler									
Tierra									
INFORMACIÓN DE AUTO / MOTOCICLETA / RV / BARCO / JET SKI / TRAVEL TRAILER /ETC/									
Tipo / Marca / Modelo / Año:			Mensualidad:		Valor estimado:		Balance adeudado:		
INFORMACION DE ACTIVOS MONETARIOS									
Saldo de cuenta corriente \$		Saldo de ahorro \$			CD \$				
Acciones / Bonos \$		IRA \$		401k \$					
403b \$		Otros (HSA / FSA) \$							
<p>Certificación: al firmar a continuación, certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información puede ser revisada junto con un informe de crédito, y además entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en la solicitud, no será elegible para recibir asistencia financiera y cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser anulada y será responsable de las facturas médicas.</p>									
Firma del garante:					Fecha:				
Cónyuge (si corresponde):					Fecha:				

**Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera**

**Complete la Solicitud de asistencia financiera y adjunte copias de cada uno de los siguientes: (tenga en cuenta que es importante que envíe fotocopias de estos documentos y no los originales, ya que no podemos devolverle los documentos originales)**

- Los dos talones de pago más recientes de su(s) empleador(es) actual(es)
- Los dos talones de pago más recientes del o los empleadores actuales de su cónyuge (si corresponde)
- Los dos estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas corrientes y de ahorro pertenecientes a usted y/o su cónyuge
- Declaración de impuestos federales del año pasado (si no presentó la declaración de impuestos, explique por qué en el espacio provisto a continuación)
- Estado de cuenta reciente de 401k / Retiro / CD / etc.
- Estado de cuenta de beneficios de desempleo más reciente
- Estado de cuenta de impuestos a la propiedad más reciente
- La más reciente carta de beneficios de Seguro Social/discapacidad
- Estado de saldo de hipoteca más reciente
- Si no está trabajando y depende de la ayuda de otros para sus necesidades básicas de vida, proporcione una carta de las personas que lo están ayudando, explicando cómo lo han ayudado.
- Si depende de préstamos estudiantiles para gastos de vida, presente prueba de las 2 asignaciones de préstamos más recientes del semestre
- Si el paciente no es ciudadano de los EE. UU., pero es residente permanente, proporcione una copia de su tarjeta de residente de EE. UU.

**Escriba una carta en el espacio provisto a continuación para describir su situación financiera actual y por qué no puede pagar su saldo o hacer pagos mensuales. Por favor sea específico. (Use una hoja separada si es necesario)**

<b>Firma del garante:</b>		<b>Fecha:</b>	