

### **Estimado paciente de UK King's Daughters:**

UK King's Daughters ofrece asistencia financiera para cubrir los gastos de bolsillo de los pacientes que reúnen los requisitos necesarios. La elegibilidad para la asistencia depende de la inmediata presentación de la solicitud y de la Información sobre la verificación de ingresos que se detalla a continuación. También es posible que se le pida que complete las solicitudes y proporcione información sobre otros programas ofrecidos por agencias locales, estatales o federales. La falta de respuesta a estos requerimientos puede afectar el estado de esta solicitud.

### ***Información sobre la verificación de ingresos***

**Envíe toda la información a continuación que se aplique a su caso o al de cualquier otro miembro de su hogar.**

- Recibos de sueldo de los últimos tres (3) meses, o una carta de su empleador para verificar sus ingresos brutos
- Verificación de prestaciones de la Seguridad Social, discapacidad o indemnización por accidente laboral
- Verificación de prestaciones por desempleo, jubilación o pensión
- Verificación de la condición de autónomo y de los ingresos
- Verificación de pagos de manutención de menores o pensión alimenticia
- Una copia de **TODOS** los formularios presentados con sus impuestos federales sobre los ingresos del año anterior, incluidos los W2
- Una copia de sus extractos bancarios (cuentas corrientes y de ahorro) de los últimos tres (3) meses, indicando junto a cada ingreso la fuente de los fondos para ese ingreso
- Si ni usted ni su cónyuge tienen una fuente de ingresos, deberá pedir a la persona que le ayuda a solventar sus gastos diarios que rellene el formulario de verificación "SIN INGRESOS."
- Si usted y su cónyuge están actualmente separados y mantienen hogares separados, puede presentar una solicitud sin incluir sus ingresos. Para hacerlo, deberá pedir a una persona que no sea familiar que complete y firme el formulario de "DECLARACIÓN DE SEPARACIÓN" adjunto.

Si tiene preguntas, desea programar una cita o necesita enviar su solicitud completa y la información de verificación, puede comunicarse con nosotros por los siguientes medios:

**Por teléfono:** 606-408-4118 o 866-408-6466  
**Por fax:** 606-408-6917  
**Por correo electrónico:** [FinancialAssistanceTeam@kdmc.net](mailto:FinancialAssistanceTeam@kdmc.net)

**Por correo:** UK King's Daughters  
Apartado de correos 151  
Ashland, KY 41105

Por favor, espere el tiempo necesario para que se procese su solicitud completada. Una vez completado el trámite, recibirá una carta en la que se le explicará la aprobación o el motivo del rechazo.

Atentamente

Representante de asistencia financiera

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



PACIENTE o

PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NÚMEROS DE TELÉFONO: (CASA) \_\_\_\_\_ (CELULAR) \_\_\_\_\_ (TRABAJO) \_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier otro miembro de su núcleo familiar (cónyuge; hijos menores de edad a su cargo; o estudiantes a tiempo completo mayores de 18 años)

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Hijo/dependiente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Hijo/dependiente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Hijo/dependiente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**FUENTE DE INGRESOS DEL HOGAR:** responda las siguientes preguntas para usted, su cónyuge y los dependientes de su hogar.

	PACIENTE		CÓNYUGE		DEPENDIENTE	
¿Está trabajando actualmente o ha trabajado en los últimos seis (6) meses?	SÍ	NO	SÍ	NO	---	---
¿Está recibiendo beneficios de desempleo o compensación para trabajadores?	SÍ	NO	SÍ	NO	---	---
¿Está recibiendo beneficios del Seguro Social, de la Administración de Veteranos o por discapacidad?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Está recibiendo una pensión o beneficios de jubilación?	SÍ	NO	SÍ	NO	---	---
¿Está recibiendo pensión alimenticia, manutención de los hijos o beneficios por parentesco?	SÍ	NO	SÍ	NO	---	---
¿Recibe ingresos por alquiler?	SÍ	NO	SÍ	NO	---	---
¿Recibe algún tipo de asistencia a los ingresos por parte del Estado?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO

**RECURSOS:** proporcione el valor estimado actual de cada uno de sus recursos.

Cuenta Corriente \$ \_\_\_\_\_ Cuenta de Ahorros \$ \_\_\_\_\_

Certificados de Depósito (CDs) \$ \_\_\_\_\_ Acciones \$ \_\_\_\_\_

Bonos de Ahorro \$ \_\_\_\_\_ Anualidades \$ \_\_\_\_\_

401k (o cuenta similar) \$ \_\_\_\_\_ IRA \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántos autos posee usted, su cónyuge y sus dependientes? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el valor total estimado \$ \_\_\_\_\_

¿Es propietario de algún INMUEBLE, sin incluir su vivienda actual? SÍ NO

En caso **AFIRMATIVO**, proporcione una breve descripción y un valor estimado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El motivo de su visita está relacionado con una enfermedad, lesión o afección que fue causada por la negligencia de otra persona? SÍ NO

En caso **AFIRMATIVO**, proporcione una explicación breve: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que la información contenida en este formulario se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera y que la información incorrecta, incompleta o engañosa puede resultar en la denegación o rescisión de dicha ayuda. Asimismo, comprendo y acepto que tengo el deber de complementar la información contenida en este formulario en caso de que se produzca un cambio sustancial en mi situación financiera antes de la determinación final de mi elegibilidad para la asistencia financiera.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_