

KIT CARSON COUNTY HEALTH SERVICE DISTRICT
Formulario de Solicitud Para Recibir Asistencia Financiera
Petición de Información

Fecha de la Petición: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de la Cuenta: _____

Persona Responsable: _____ Número de Teléfono: _____

Antes de que podamos completar el proceso de revisar su formulario de solicitud, usted necesita entregar la siguiente información marcada abajo al Departamento de Servicios Financieros Para Pacientes.

_____ El formulario W-2 más reciente

_____ Recibos de sueldo

_____ La Devolución del Impuesto Federal Sobre los Ingresos más reciente

_____ Prueba de que la persona vive en el Condado Kit Carson (recibo de la luz, factura sobre los impuestos)

_____ Verificación por escrito de agencias de beneficios sociales cuál atestigua al estado de los ingresos del paciente por los últimos doce meses

_____ Documentación de Medicaid cual demuestra el agotamiento de ventajas de parte del paciente por el año fiscal.

_____ Un formulario de solicitud completado para recibir Medicaid o una verificación de inelegibilidad