

Por favor complete la solicitud adjunta de asistencia financiera, la información adicional a continuación deberá ser devuelta junto con la solicitud debidamente llena para determinar si califica para nuestro programa de asistencia:

- Prueba de sus ingresos y la de cada persona en su hogar, tales como copias de los comprobantes de pago que muestren la cantidad del ingreso en lo que va del año, copias de los beneficios recibidos del seguro social, copias de los cheques de la pensión conyugal y su declaración de impuestos más reciente, incluyendo los formularios W2's.
- Copias de sus últimos estados de cuentas que reflejen el saldo inicial y el saldo final de su cuenta corriente y de ahorros, Certificados de Depósito, acciones y bonos.

Por favor, envíe las copias y no los originales. Si usted o su familia participan en cualquier de los siguientes programas, puede enviarnos pruebas de la participación en el programa junto con la prueba de ingresos enumerados anteriormente.

- Medicaid
- Cupones de Alimentos

Para evitar el cobro de su cuenta, por favor háganos llegar la solicitud junto con la prueba de sus ingresos dentro de un plazo de 14 DIAS después de recibir esta carta.

Si usted o su cónyuge no están trabajando, por favor envíe una declaración notariada explicando su situación y el período de tiempo correspondiente. Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud, por favor comuníquese con nuestra oficina al (270) 745-1100. Nuestro horario de la oficina de administración es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Cordialmente,

Servicio al Cliente



SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE			NOMBRE DEL CÓNYUGE		
DIRECCION			DIRECCION PREVIA		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		
¿TIEMPO VIVIENDO EN ESTA RESIDENCIA?	NÚMERO DEL TELÉFONO DE LA CASA	NÚMERO DE TELÉFONO (PARIENTE)	NÚMERO DEL TELÉFONO DEL TRABAJO		
NOMBRE & EDAD DE SUS DÉPENDIENTES			EMPLEADOR	¿TIEMPO EN EL EMPLEO?	INGRESO MENSUAL (Neto)
			EMPLEADOR DEL CÓNYUGE		
			OTRAS FUENTES DE INGRESO		
			Gastos Anuales por Medicamentos Recetados \$		

ACTIVOS CORRIENTES

(ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA)
 Cuenta Corriente S N Cantidad \$ _____
 Cuenta de Ahorros S N Cantidad \$ _____
 Otros S N Cantidad \$ _____

(ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA)
 Acciones S N Cantidad \$ _____
 Bonos S N Cantidad \$ _____
 Certificados de Depósito S N Cantidad \$ _____

Por favor, adjunte pruebas de los activos mencionados anteriormente.

Para certificar que la informacion dada es correcta, por favor firme con fecha este documento.

Garante _____