



Estimado Paciente:

Gracias por elegir McPherson Hospital para sus necesidades de cuidado de la salud.

El Formulario adjunto le permitirá solicitar asistencia financiera. Por favor, rellene el formulario y asegúrese de incluir una prueba de ingresos y recursos para calificar. Si no devuelve el formulario dentro de 30 días a partir de su recepción, o no proporciona prueba válida de su ingreso, su solicitud puede ser denegada.

Usted debe presentar al menos:

- \*Prueba de residencia de Kansas (copia de la factura de servicios públicos, etc.)
- \*Copia de la última declaración de impuestos, o la no presentación de declaración
- \* Tres talones de pago más recientes de cada asalariado en el hogar
- \*Copia de extractos bancarios mas recientes de todas las cuentas actuales
- \*Otra documentación que acredite sus ingresos (manutención infantil, jubilación, SSI, etc.)

Las aplicaciones pueden ser devueltos a:

McPherson Hospital

1000 Hospital Dr.

McPherson, KS 67460

No dude en contactar con nosotros si tiene preguntas.

Sinceramente,

McPherson Hospital de Caridad Programa