



Morton County Medical Clinic

Sliding Fee Discount Application

It is the policy of Morton County Medical Clinic to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered based on family size and annual income. Please complete the following information and return to the front desk to determine if you or members of your family are eligible for a discount.

The discount will apply to all services received at this clinic, but not those services or equipment that are purchased from outside, including reference laboratory testing, drugs, and x-ray interpretation by a consulting radiologist, and other such services. This form must be completed every 12 months or if your financial situation changes.

NAME OF HEAD OF HOUSEHOLD			PLACE OF EMPLOYMENT	
STREET	CITY	STATE	ZIP	PHONE

Please list spouse and dependents under age 18

Name	Date of Birth	Name	Date of Birth
SELF		DEPENDENT	
SPOUSE		DEPENDENT	
DEPENDENT		DEPENDENT	
DEPENDENT		DEPENDENT	

Annual Household Income

Source	I Self	I Spouse	I Other	I Total
Gross wages, salaries, tips, etc.				
Income from business, self-employment, and dependents				
Unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Security Income, public assistance, veterans' payments, survivor benefits, pension or Retirement income				
Interest, dividends, rents, royalties, income from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources,				
Total income				

NOTE: Copies of tax returns, pay stubs, or other information verifying income may be required before a discount is approved.

I certify that the family size and income information shown

above is correct. Name(print) _____

Signature_____ Date_____

Office Use Only

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved By: _____

Date approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		



MORTON COUNTY HOSPITAL
CREDIT APPLICATION

Guarantors Name		SSN		Birth Date
Address	City	State	Zip	How long at this address?
Telephone		How long?		Gross Pay
If unemployed—Last employer		Last day worked		Other Income
Spouse's Name		SSN		Birthdate
Spouse's Employer		Address		
Telephone		How long?		Gross Pay
If unemployed—Last employer		Last Day worked		
Nearest Relative not living with you		Address		Telephone
Relationship				
Number of Persons in Household _____				
Name		Age		Relationship
1. _____		_____		_____
2. _____		_____		_____
3. _____		_____		_____
4. _____		_____		_____
5. _____		_____		_____
6. _____		_____		_____
7. _____		_____		_____
8. _____		_____		_____



Morton County Medical Clinic- Elkhart
Rolla Medic

445 Hilltop • P.O. Box 937
Elkhart, Kansas 67950
(620) 697-2141 • Fax (620) 741-8200

Please fill out the enclosed credit/non-covered services application and send it back along with the following information:

1. A copy of a denial letter from Medicaid, if you have one.
2. Something that shows your last 6 months income, ie., paycheck stubs.
3. A copy of last years tax return.

If you have any questions please feel free to call or come by the Hospital Buisness office, Monday- Friday from 8:00 am – 5:00 p.m.

Thank you!

Por favor llene esta aplicacion de credito/ servicios no cubiertos y regreselo con la siguiente información:

1. Una copia de la carta de denegación de Medicaid, si la tiene.
2. Documentación que acredite sus ingresos de los últimos 6 meses (por ejemplo, talones de pago).
3. Una copia de su declaración de impuestos del año anterior.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar o parar en la oficina administrativa del hospital, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.

¡Gracias!



Clínica Médica del Condado de Morton

Solicitud de descuento basado en escala de tarifas

La política de la Clínica Médica del Condado de Morton es brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor, complete la siguiente información y entréguela en la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia reúnen los requisitos para obtener un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos a proveedores externos, tales como pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, interpretación de radiografías por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre de jefe de hogar			Lugar de Empleo	
Calle	Cuidad	Estado	Codigo postal	Telephono

Por favor indique el nombre de su esposo/esposa y de sus dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
SER		DEPENDIENTE	
ESPOSO/ ESPOSA		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

Ingreso Annual del Hogar

Fuente	I Ser	IEsposo/Esposa	I Otror	I Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos procedentes de actividades empresariales, trabajo por cuenta propia y personas a cargo				
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas,				
Ingresos totales				

NOTA: Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, comprobantes de pago u otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que aparece arriba es correcta.

Nombre (en letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

Office Use Only

Patient Name: _____
Approved Discount: _____
Approved By: _____
Date approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		



MORTON COUNTY HOSPITAL
CREDIT APPLICATION

Nombre del Avalista		Numero de Seguro social		Fecha de nacimiento
Direccion	Cuidad	Estado	Codigo postal	Cuanto tiempo lleva en esta direccion?
Telefono		Cuanto tiempo?		Salario bruto
Si está desempleado - Ultimo empleador		Ultimo dia de trabajo		Otros Ingresos
Nombre de esposo/esposa		Numero de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Empleador de esposo/esposa		Dirreccion		
Telefono		Cuanto timepo?		Salario bruto
Si está desempleado - Ultimo empleador		Ultimo dia de trabajo		
Pariente más cercano que no vive contigo(masculine)		Dirreccion		Telefono
Relacion				
Número de personas en el hogar _____				
Nombre		Edad		Relacion
1. _____		_____		_____
2. _____		_____		_____
3. _____		_____		_____
4. _____		_____		_____
5. _____		_____		_____
6. _____		_____		_____
7. _____		_____		_____
8. _____		_____		_____



Morton County Medical Clinic- Elkhart
Rolla Medical Clinic Office

445 Hilltop • P.O. Box 937
Elkhart, Kansas 67950
(620) 697-2141 • Fax (620) 741-8200

Please fill out the enclosed credit/non-covered services application and send it back along with the following information:

1. A copy of a denial letter from Medicaid, if you have one.
2. Something that shows your last 6 months income, ie., paycheck stubs.
3. A copy of last years tax return.

If you have any questions please feel free to call or come by the Hospital Buisness office, Monday- Friday from 8:00 am – 5:00 p.m.

Thank you!

Por favor llene esta aplicacion de credito/ servicios no cubiertos y regreselo con la siguiente información:

1. Una copia de la carta de denegación de Medicaid, si la tiene.
2. Documentación que acredite sus ingresos de los últimos 6 meses (por ejemplo, talones de pago).
3. Una copia de su declaración de impuestos del año anterior.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar o parar en la oficina administrativa del hospital, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.

¡Gracias!