

Solicitud de asistencia financiera

USTED PODRÁ RECIBIR UNA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Si completa esta solicitud, nos ayudará a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudarle a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital. SI USTED NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, se requiere un número de Seguro Social para determinados programas, inclusive Medicaid. Informar un número de Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si reúne los requisitos para acceder a programas públicos.

Complete este formulario y entréguelo en el hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar una atención gratuita o con descuento.

En caso de tener alguna duda o de necesitar ayuda para completar la solicitud, llámenos al 1-866-903-0436.

Envíenos por correo toda la documentación a la siguiente dirección:

Franciscan Alliance
Coordinated Business Office
2434 Interstate Plaza Drive, Suite 2
Hammond, IN 46324

Número(s) de la cuenta: _____

Instrucciones: Adjunte copias de:

- Bonos, mercado monetario, acciones
- Recibos de sueldo (últimos 3 meses)
- Declaraciones impositivas y documentación respaldatoria (últimos 2 años)
- Resúmenes bancarios (últimos 3 meses para todas las cuentas)
- En caso de ser jubilado, beneficios de Seguridad Social y cualquier jubilación
- Formulario W-2 o Declaración de desempleo
- Estado de resultados
- **Nota:** En caso de necesitar más espacio, adjunte hojas adicionales
- En caso de ser discapacitado, verificación de beneficios

He solicitado o solicitaré Asistencia Médica Federal o Estatal

Sí No De ser No, indicar la causa _____

Mis lesiones son resultado de ser víctima de un delito

Sí No De ser No, indicar la causa _____

Tengo en trámite una demanda, una conciliación o una acción judicial por lesión o responsabilidad.

Sí No De ser Sí, detallar _____

He solicitado asistencia financiera previamente a otro establecimiento de Franciscan Alliance.

Sí No No estoy seguro

De ser Sí, indicar dónde _____ y cuándo _____

Paciente/parte responsable

Nombre del garante		Nombre del paciente		Número de seguro social del paciente		Fecha de nacimiento del paciente (DD, Mes, AAAA)	
Domicilio							
Ciudad				Estado		Código postal	
Teléfono	Teléfono celular	Integrantes de la familia (Paciente, cónyuge y dependientes)		Estado civil		¿Figura usted en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No	
Estudiante Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo parcial		Establecimiento educativo					
Empleo Tiempo completo Tiempo parcial Autónomo Desempleado				Nombre del empleador			
Domicilio del empleador					Teléfono del empleador		
Ciudad				Estado		Código postal	
Puesto			Antigüedad		Fecha en la que quedó desempleado/Plazo que lleva desempleado (DD, mes, AAAA)		

Cónyuge

Nombre				Número de seguro social		Fecha de nacimiento (DD, Mes, AAAA)	
Establecimiento educativo <input type="checkbox"/>				Teléfono		Teléfono celular	
Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/>							
Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/>							
Empleo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiempo completo Medio tiempo Autónomo Desempleado				Nombre del empleador			
Domicilio del empleador					Teléfono del empleador		
Ciudad				Estado		Código postal	
Puesto			Antigüedad		Fecha en la que quedó desempleado/Plazo que lleva desempleado (DD, mes, AAAA)		

Dependientes (que viven en el hogar/establecimiento educativo)

Nombre completo		Vínculo		Fecha de nacimiento (DD, Mes, AAAA)	

Saldos de cuentas bancarias

Tipo de cuenta (Corriente, cuenta de ahorro)	Nombre del banco	Domicilio del banco	Saldo actual de la cuenta
Otras inversiones y títulos valores			
Cuenta de Jubilación Individual (IRA), Jubilación, 401K, 403B)			
Mercado monetario, acciones, bonos, certificados de depósito			
Valor en efectivo del seguro de vida			

Patrimonio en bienes inmuebles/propiedades sin incluir la residencia principal

Tipo	Detalle	Valor estimativo de la propiedad	Saldo impago de la hipoteca
Tierra			
Casas, además de la residencia principal			
Propiedades en alquiler			
Bienes comerciales			
Otros			

Ingresos familiares

Descripción de los ingresos (enumerar todos los tipos que correspondan)	Fuente	Monto mensual de ingresos
Salario, sueldo bruto y propina del paciente/persona responsable		
Salario, sueldo bruto y propina del cónyuge		
Intereses/dividendos, pensiones, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario, jubilación		
Seguros por desempleo, indemnizaciones por asistencia pública, indemnizaciones a veteranos, beneficios para sobrevivientes.		
Regalías, fideicomisos, ingresos testamentarios, beneficios por huelga, premios obtenidos en la lotería/juego		
Discapacidad/indemnización por accidente laboral		
Alimentos para el cónyuge/hijos		
Otros		

Acreeedores indicar cualquier otro pago, por ej. pagos bancarios, tarjetas de crédito u otros pagos médicos, etc.

Tipo	A quién	Saldo impago	Pago mensual
Hipoteca(s)			
Préstamos con garantía			
Préstamos personales			
Préstamos escolares			
Préstamos para automóviles			
Tarjetas de crédito			
Medicina: Responsabilidad			

Certificación

Certifico que la información en la presente solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré asistencia a nivel estatal, federal o local por lo que podré reunir los requisitos para que me ayuden a pagar la factura del hospital. Entiendo que la información podrá ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactarse con terceros para verificar la exactitud de la información provista en esta solicitud. Entiendo que, si deliberadamente facilito información falsa en esta solicitud, no reuniré las condiciones para acceder a la asistencia financiera, todo tipo de ayuda financiera que se me haya concedido podrá ser revertida y tendré la responsabilidad del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente/de la parte responsable	Fecha (DD, Mes, AAAA)
Firma del cónyuge/pareja	Fecha (DD, Mes, AAAA)

Si el paciente reúne los criterios presuntos de aptitud o es de otra manera presuntamente apto en virtud del ingreso familiar del paciente, no se le exigirá al paciente que complete las partes de la solicitud que abordan la información de gastos mensuales y las cifras de gastos estimadas.