

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta solicitud no está completa sin su prueba de ingresos y activos. Su aplicación no está completa sin pruebas de ingresos y bienes. Por favor no envíe documentos originales, debido a que no podemos regresarle estos documentos. Si declara un ingreso de \$0, favor de proveer una pequeña explicación de como usted está cumpliendo con sus gastos mensuales. Si usted desea proporcionarnos información adicional con la que usted siente que nos ayudaría a entender mejor su situación, favor de agregar una carta a la solicitud.

**IMPORTANTE: USTED PUEDE SER ELEGIBLE POR CUIDADO GRATIS O CON DESCUENTO:** Llenando esta solicitud ayudará al hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica. Entregue esta solicitud al hospital.

**SI USTED SE ENCUENTRA SIN SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA SER ELEGIBLE POR CUIDADO GRATIS O CON DESCUENTO.** No obstante, se requiere un número de seguridad social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere proveer un número de seguridad social, pero esto le ayudará al hospital a determinar si usted es elegible por algún programa público. Llene esta solicitud y entréguela al hospital en persona, por correo postal, correo electrónico, o por fax lo más pronto posible para solicitar por el cuidado gratis o con descuento, a partir de la fecha de su alta médica o en la fecha que recibió el cuidado. El hospital no tiene un plazo límite para recibir las solicitudes. El paciente reconoce que él o ella ha hecho el esfuerzo posible para otorgar toda la información solicitada en esta solicitud de buena fe al hospital, para ayudar a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

**USTED TAMBIÉN DEBERÁ DAR PRUEBA DE INGRESOS FAMILIARES BRUTOS E INFORMACION DE BIENES. PUEDE SER EN FORMA DE:**

**INGRESOS: (Cualquiera de los siguientes)**

1. LOS ÚLTIMOS DOS (2) TALONES DE PAGO
2. COPIA DE LOS FORMULARIOS DE W2 Y 1099 MÁS RECIENTES
3. DECLARACIÓN DE INGRESOS MÁS RECIENTE
4. VERIFICACIÓN DE INGRESOS DE SU EMPLEADOR POR ESCRITO, SI SE PAGA EN EFECTIVO.
5. OTRA VERIFICACIÓN DE UN TERCERO (PAGOS DE PENSIÓN PARA HIJOS MENORES; CARTA DE BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL)

**BIENES**

**ESTADOS DE CUENTAS BANCARIOS QUE SOPORTEN EL VALOR DE LAS CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO**

**Escriba con letra de molde toda la información utilizando solamente tinta NEGRA**

**DATOS DEL PACIENTE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil C S V D		Sexo M F	No. de Teléfono
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
<b>Situación actual:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____				Correo Electrónico:	

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil C S V D		Sexo M F	No. de Teléfono.
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
<b>Situación actual:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____				Correo Electrónico:	

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PERSONA RESPONSABLE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		Sexo M F	No. de Teléfono	
<b>Situación actual:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____					



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

**PERSONAS DEPENDIENTES (Enlístese a usted mismo, cónyuge, dependientes de acuerdo con la ley)**

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

### BIENES (Deberá proveer prueba de valor) cantidad en dólares:

Cuentas de Ahorro	_____
Checking Account	_____
Valor de la Casa	_____
Otros Bienes Inmuebles	_____
<b>TOTAL</b>	_____

**Información de los Vehículos**

Marca y modelo	Año	Valor
1.		
2.		
3.		

### DEUDAS cantidad en dólares:

Saldo del Préstamo de la Vivienda	_____
Saldo del Préstamo del Carro	_____
<b>TOTAL</b>	_____

### PAGOS MENSUALES

Hipoteca	_____
Renta	_____
Servicios (Luz, agua, gas) etc.	_____
Costo de transporte	_____
Comida	_____
Pago del auto	_____
Pensión para hijos menores	_____
Otros gastos	_____
<b>TOTAL</b>	_____

### INGRESO MENSUAL BRUTO (Se solicita prueba de ingresos)

Solicitante	_____
Espos(a) del solicitante	_____
Ingreso de seguridad social	_____
Pensión de veteranos	_____
Pensión	_____
Desempleo	_____
Indemnización laboral	_____
Ingresos por intereses	_____
Ingresos por dividendos	_____
Pensión para hijos menores	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por arrendamientos	_____
Otro	_____
<b>TOTAL</b>	_____

**Califico para la Asistencia pública.  Sí  No**

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Yo solicitaré por alguna asistencia local, estatal o federal por el cual yo podría ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Yo entiendo que la información proveída podrá ser verificada por el hospital y yo autorizo que el hospital contacte a terceros para verificar que la información en esta solicitud sea correcta. Yo entiendo que si yo doy información a sabiendas que es falsa en esta solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, y cualquier asistencia financiera que me hayan otorgado podrá ser revocada, y yo seré responsable por el pago de la factura.

Yo, (su nombre) \_\_\_\_\_,  
doy solemnemente fe que la información aquí contenida en esta solicitud es verdadera y fiel a mi pleno conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, cónyuge o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Quejas y sugerencias sobre el proceso de asistencia financiera pueden ser reportados al Health Care Bureau del fiscal general en:  
[www.illinoisattorneygeneral.gov/File-A-Complaint](http://www.illinoisattorneygeneral.gov/File-A-Complaint)

KWAME RAOUL  
ILLINOIS ATTORNEY GENERAL  
Health Care Bureau  
100 West Randolph Street  
Chicago, IL 60601  
Hotline Number: 1-877-305-5145 \*\*\* Fax Number: 1-312-793-0802 \*\*\* TTY: 1-312-964-3013  
Website: [www.IllinoisAttorneyGeneral.gov](http://www.IllinoisAttorneyGeneral.gov) Email: [HealthCare@ilag.gov](mailto:HealthCare@ilag.gov)

Nota: Si el paciente cumple los presuntos criterios de elegibilidad, o de lo contrario, es presuntamente elegible en virtud del ingreso familiar, el paciente no deberá ser obligado a completar las porciones de la solicitud que citan la información de los gastos mensuales y las cifras de los gastos estimados.



Enviar por correo o mandar fax a:

Para fechas de servicio antes del 18 de agosto de 2024, enviar por correo a:  
Heartland Regional Medical Center: 3333 W. DeYoung St. Marion, IL  
62959 (Teléfono: 844-652-0603 Fax: 618-998-7613)

Para fechas de servicio después del 18 de agosto de 2024, enviar por correo a:  
Deaconess Financial Assistance: P.O. Box 3366, Evansville, IN 47732  
Enviar correo electrónico a: [Financial.Assistance@deaconess.com](mailto:Financial.Assistance@deaconess.com)  
(Teléfono: 812-450-3435 Fax: 812-450-5261)

Para fechas de servicio antes del 15 de septiembre de 2024, enviar por correo a:  
Crossroads Community Hospital: 8 Doctors Pard Rd, Mt. Vernon, IL 62864  
(Teléfono: 844-652-0605 Fax: 618-241-8697)

Para fechas de servicio después del 15 de septiembre de 2024, enviar por correo a:  
Deaconess Financial Assistance: P.O. Box 3366, Evansville, IN 47732  
Enviar correo electrónico a: [Financial.Assistance@deaconess.com](mailto:Financial.Assistance@deaconess.com)  
(Teléfono: 812-450-3435 Fax: 812-450-5261)

Para fechas de servicio antes del 15 de septiembre de 2024, enviar por correo a:  
Union County Hospital: 517 N. Main St. Anna, IL 62906  
(Teléfono: 844-652-06044 Fax: 618-614-6186)

Para fechas de servicio después del 15 de septiembre de 2024, enviar por correo a:  
Deaconess Financial Assistance: P.O. Box 3366, Evansville, IN 47732  
Enviar correo electrónico a: [Financial.Assistance@deaconess.com](mailto:Financial.Assistance@deaconess.com)  
(Teléfono: 812-450-3435 Fax: 812-450-5261)

Red Bud Regional Hospital: 325 Spring St, Red Bud, IL 62278 (Teléfono: 844-652-0606 Fax: 618-282-7740)

Procesar la solicitud puede tomar de 10 a 14 días. Si se necesita información adicional de usted, se enviará una carta por correo y se necesitará más tiempo para procesarla.