

Fecha: \_\_\_\_\_.

Estimado(a) \_\_\_\_\_.

Los siguientes documentos son necesarios para procesar la solicitud de Asistencia Financiera de Saint Anthony Hospital. Tiene usted 30 días para presentar o enviar por correo los documentos que apliquen a su caso y poder determinar su elegibilidad.

- **Tarjeta de identificación, con prueba de residencia en el estado de Illinois.**  
Licencia, Identificación del estado, Contrato de apartamento o hipoteca, gas, luz.
- **El balance no es un Co-Pago o Deducible.**
- **Prueba de ingresos del paciente y cónyuge o tutor (a):**  
Declaración de impuestos del último año y W2. (Una copia completa)  
Los últimos 3 talones de pago del trabajo o de desempleo.  
Carta de beneficios del Seguro Social. (si esta Jubilado)
- **Carta de sostenimiento (Notariada, preferiblemente):**  
Si se encuentra desempleado(a). (Adjunta)
- **Prueba de dependientes, si no están en la declaración de impuestos**  
Acta de nacimiento, Seguro Social o Identificación.
- **Documentación adicional puede ser requerida basada en la revisión de la solicitud.**

Si tiene alguna pregunta por favor de comunicarse al  
(773) 484-4800 de 7:00 AM a 5:00 PM. De lunes a viernes.

**POR CORREO ENVIAR TODA LA DOCUMENTACION A:  
SAINT ANTHONY HOSPITAL  
P.O. BOX 85082  
CHICAGO, ILLINOIS 60689-5082  
ATTN: CUSTOMER SERVICE REP.  
POR FAX AL NUMERO (773) 484-4806**

***Nota: Esta aplicación es para los servicios del hospital únicamente. Usted recibirá por separado la factura de los cargos médicos.***

## Saint Anthony Hospital Solicitud de Asistencia Financiera

Importante: USTED PUEDE RECIBIR CUIDADOS GRATUITOS O CON DESCUENTO: Completar esta aplicación le ayudará a Saint Anthony Hospital determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudarle a pagar por su cuidado médico. Por favor envíe esta aplicación al hospital.

SI USTED NO TIENE ASEGURANZA, UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES REQUERIDO PARA CUALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O CON DESCUENTO. Sin embargo, un número de Seguro Social es obligatorio para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. El número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará a que el hospital pueda determinar si usted cualificar para programas públicos.

Por favor, complete el siguiente formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, correo electrónico o por fax para solicitar el cuidado médico gratuito o con descuento, dentro de los 30 días siguientes. **Una carta con la determinación final le será enviada por correo en los siguientes 30 días a partir de haber recibido toda la documentación necesaria para finalizar el caso.**

El paciente reconoce que él o ella han hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la aplicación para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

---

### Sólo para uso interno:

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Saldo actual de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Números de identificación de visita: \_\_\_\_\_

%Aprobado: \_\_\_\_\_ Fam: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Denegado \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_

---

### Información de Paciente:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

¿Era el paciente residente de Illinois al momento del servicio? (Marque uno) SI NO

¿Fue el paciente involucrado en un presunto accidente? (Marque uno) SI NO

¿Fue el paciente la víctima de un presunto crimen? (Marque uno) SI NO

Número de Seguro Social del paciente (no es obligatorio si no tiene seguro): \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente (si es aplicable): \_\_\_\_\_

---

*Si es aplicable: Información de Tutor (a) (Si el paciente es menor de edad o el esposo/a o pareja es responsable por el paciente):*

Nombre del Tutor (a): \_\_\_\_\_

Dirección del Tutor (a): \_\_\_\_\_

Número de teléfono, o celular del Tutor (a): \_\_\_\_\_

---

### Información del Hogar:

Número de personas en la familia/hogar del paciente: \_\_\_\_\_

Número de personas que dependen del paciente: \_\_\_\_\_

Apunte las edades de los dependes en el hogar:

Dependes	Edad
Depende 1	
Depende 2	
Depende 3	
Depende 4	
Depende 5	
Depende 6	

**Ingreso Familiar del paciente e Información de Empleo**

Paciente – ¿Está empleado? (Marque uno) SI NO

Si indicó que sí, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Esposo/a del paciente – ¿Está empleado/a? (Marque uno) SI NO

Si indicó que sí, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

¿Si el paciente es menor de edad, está empleado el padre, madre o tutor del menor? (Marque uno) SI NO

Si indicó que sí, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

¿Si el paciente es menor de edad, está empleado el OTRO padre, madre o tutor del menor? (Marque uno) SI NO

Si indicó que sí, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente (Por favor marque uno):

Soltero/a      Casado/a      Viudo/a      Separado/a\*      Divorciado/a\*

¿\*Si el paciente está separado o divorciado, esta la responsabilidad financiera de atención médica establecida en el acuerdo de disolución o en una orden judicial? (Marque uno) SI NO

**Ingreso bruto mensual:**

\$	Total de ingresos de trabajadores en el hogar (incluyendo empleo autónomo)
\$	Compensación de desempleo
\$	Seguro Social
\$	Incapacidad de Seguro Social
\$	Pensión de veterano
\$	Incapacidad de veterano
\$	Incapacidad privada
\$	Compensación de trabajador
\$	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
\$	Ingresos de jubilación
\$	Manutención de hijos, pensión alimenticia u otro apoyo de esposo/a
\$	Otros ingresos
\$	Total de ingreso familiar mensual bruto

Por favor de demostrar documentación de lo siguiente:

**Talones de cheques (los últimos 4)**

**Comunicado de beneficios**

**Cartas de Concesión**

**Ordenes de la Corte**

**Declaraciones de Impuesto Federales**

**Otra documentación que apoya sus ingresos**

¿Está inscrito en alguno de los siguientes programas? (Circule las respuestas que aplican)

*Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)*

*Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)*

Programa de Illinois de desayuno y almuerzo gratis

Programa de ayuda de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP)

Cualquier programa comunitario que presta asistencia para el cuidado médico basado en un estado financiero de bajos ingresos

Asistencia de becas para servicios médicos

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Programa de apoyo de vivienda de alquiler de IHDA

**Información sobre beneficios y seguros:**

¿El paciente tiene seguro médico? (Marque uno) **Si** **NO** **Si contestó sí, por favor especifique:**

Tipo de cobertura (Marque uno):

De salud      Medicare      Medicare Parte D      Suplemento de Medicare      Medicaid      de Veterano

Nombre del Miembro Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a aplicar para cualquier asistencia estatal, federal o local para que pueda ser elegible para ayudar a pagar los costos de la factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada debe ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital para ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta aplicación. Entiendo que si a sabiendas yo doy información falsa en esta aplicación, no seré elegible para ayuda financiera, cualquier ayuda financiera concedida a mí puede ser revocada, y yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Firma del Paciente o solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad presuntiva de Saint Anthony Hospital o si es posible optar por virtud de la familia del paciente, el paciente no tendrá que completar la parte de la aplicación de información mensual de gastos y gastos totales estimados.

**NOTA: ESTA APLICACIÓN ES SÓLO PARA LOS SERVICIOS DE HOSPITAL. USTED PUEDE RECIBIR UNA CUENTA PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS.**

**CARTA DE SOSTENIMIENTO**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (s) \_\_\_\_\_

*(Persona/s que proveen sostenimiento)*

\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (s) \_\_\_\_\_

Yo/Nosotros le proveemos albergue y comida a : \_\_\_\_\_

*(Nombre del Paciente)*

desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta el día de hoy

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_

Firma (s) \_\_\_\_\_

<p><b>SUBSCRIBED TO AND SWORN before me</b></p> <p>this _____ day of _____, 20 _____</p> <p>Notary Public</p>
---