

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale
405 W. Jackson
Carbondale, IL 62902
(618) 549-0721
Ext. 64572
Fax (618) 457-3004 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital
201 S. 14 th Street
Herrin, IL 62948
(618) 942-2171
Ext. 36458
Fax (618) 988-6153 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext. 55331
Fax (618) 529-0539 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
(618) 457-5200
Ext. 67575
Fax (618) 529-0562 |
|--|--|--|---|

Estimado paciente/garante:

IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE UD. PUEDA RECIBIR CUIDADO GRATUITO O DE DESCUENTO. El completar esta solicitud ayudará a _____ a determinar si Ud. puede recibir servicios gratuitos o de descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, entréguele esta solicitud al hospital.

SI UD. NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O DE DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere suministrar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si Ud. califica para algún programa público.

Por favor, complete este formulario y entréguelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico (disponible en el sitio web), o por fax para solicitar cuidado gratuito o de descuento dentro de los 60 días después de la fecha de ser dado de alta o de recibir cuidado ambulatorio.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información pedida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.

Por favor, entienda que, para recibir ayuda con su factura hospitalaria, Ud. necesitará indicar todas las fuentes de pago, tales como seguro médico, Medicaid, remuneración del trabajador, responsabilidad, etc. Todos los otros pagadores deben agotarse totalmente antes de que se considere la ayuda financiera.

Existen ciertas circunstancias en las cuales es posible que no se requiera una solicitud porque el paciente puede ser elegible para elegibilidad presunta. Por favor, contacte a un consejero financiero llamando al número de arriba para obtener más información.

Por favor, devuelva la solicitud con la siguiente información:

1. Una solicitud para asistencia financiera completa, firmada y fechada.
2. Una copia de la última declaración de impuestos federales que Ud. presentó. Si trabaja por su propia cuenta, debe incluir el anexo C. Por favor, incluya una copia de todos los formularios W-2.
3. Una copia de su cheque o talón de cheque más reciente del empleo, de desempleo, de Seguro Social, de pensión, de remuneración del trabajador (o de la carta de determinación para remuneración del trabajador) o de cualquier otra fuente de ingresos que haya recibido durante las últimas trece (13) semanas. Aceptaremos uno de los tres documentos siguientes como prueba de salario:
 - a. Un formulario de verificación del salario del empleado, relleno y firmado por su(s) empleador(es), para cada persona asalariada del hogar. (Véase la solicitud para este formulario).
 - b. Copias de los talones de cheques de las últimas 13 semanas.
 - c. Una copia impresa de su salario de su empleador de las últimas 13 semanas.

- d. Se debe aprobar la información salarial de arriba para todos los miembros del hogar/de la familia.
4. Si es aplicable, una prueba de su participación en programas de ayuda gubernamental como cupones para alimentos, WIC, Medicaid, Link, almuerzo escolar, Child Care Resource & Referral Program (*Programa de recursos y referencias para cuidados infantiles*).
5. Es posible que se le pida que solicite asistencia de otras fuentes apropiadas, si se determina que Ud. podría calificar para tal ayuda.

Si desea presentar una apelación de nuestra decisión o solicitar una reconsideración, debe ser por escrito. Por favor, incluya la razón o provea información adicional que beneficie nuestra revisión.

Por favor, envíe por correo la solicitud completa a la dirección de arriba de la instalación donde usted incurrió en los gastos. Solo se requiere una solicitud si Ud. tiene una cuenta en cualquiera de los tres hospitales antes mencionados. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor, contacte al consejero financiero de la instalación correspondiente. Nos puede contactar de lunes a viernes, de las 8:00 am a las 4:30 pm.

El completar esta solicitud no lo exonera de su obligación financiera con Southern Illinois Healthcare; Southern Illinois Healthcare se reserva el derecho de denegar cualquier solicitud tras revisión.

Sinceramente,

Consejero Financiero

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale
405 W. Jackson
Carbondale, IL 62902
(618) 549-0721
Ext. 64572
Fax (618) 457-3004 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital
201 S. 14 th Street
Herrin, IL 62948
(618) 942-2171
Ext. 36458
Fax (618) 988-6153 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext. 55331
Fax (618) 529-0539 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
(618) 457-5200
Ext. 67575
Fax (618) 529-0562 |
|--|--|--|---|

Solicitud para asistencia financiera

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Dirección de la calle/PO Box Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____ (no necesario)

Información sobre el hogar/la familia:

- Número de personas en el hogar/la familia del paciente: _____
- Número de personas quienes son dependientes del paciente: _____
- Edades de los dependientes del paciente: _____

Información sobre los ingresos y el empleo

- Ponga la información del empleador del paciente, del cónyuge del paciente o de la pareja.
- Si el paciente es menor de edad, ponga la información del empleador de los padres o tutelares del paciente.

Paciente	Cónyuge	Pareja	Otro
Nombre del empleador del paciente: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: Ingresos brutos	Nombre del empleador del cónyuge: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: Ingresos brutos	Nombre del empleador de la pareja: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: Ingresos brutos	Nombre de otro empleador: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: Ingresos brutos
Nombre del empleador del paciente: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: (ingresos brutos)	Nombre del empleador del cónyuge: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: (ingresos brutos)	Nombre del empleador de la pareja: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: (ingresos brutos)	Nombre de otro empleador: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal Salario: (ingresos brutos)

Otros Ingresos

Otros ingresos	Ingresos mensuales del paciente	Ingresos mensuales del cónyuge/de la pareja/de otro dependiente
Salario	\$	\$
Trabajo por cuenta propia	\$	\$
Indemnización por desempleo	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Seguro Social por incapacidad	\$	\$
Pensión de veterano/Compensación por discapacidad de veterano	\$	\$
Remuneración del trabajador	\$	\$
Asistencia temporal para familias necesitadas	\$	\$
Ingresos por jubilación	\$	\$
Manutención de niños, pensión alimenticia u otra manutención conyugal	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$

Documentación de los ingresos de la familia procedente de talones de cheques, declaraciones de beneficios, cartas de aprobación, órdenes judiciales, declaraciones de impuestos federales u otra documentación proporcionada por el paciente.

Bienes

Bienes raíces: Propios _____ Alquilados _____		Banco: Corriente	\$
Valor de mercado:	\$	Ahorros	\$
Cantidad adeudada:	\$		\$
	\$	Fondos mutuos de inversión:	\$
Auto/Camioneta/Tipo:		Acciones, certificados de depósito:	\$
Valor de mercado:	\$	Propiedad de alquiler:	\$
Motocicletas, Botes, Autocaravanas, Otros vehículos:		Otros:	\$
Valor de mercado:	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

Gastos mensuales

Pagos de alquiler o de hipoteca:	\$	Otros:	\$
Servicios públicos:	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuidado de los niños:	\$		\$
Alimentos y suministros:	\$		\$
Pagos de carro:	\$		\$
Transporte:	\$		\$
Impuestos de propiedad: (anuales):	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
		Total de los gastos mensuales	

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Voy a solicitar cualquier ayuda estatal, federal o local para la que sea elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital para contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, seré inelegible para recibir ayuda financiera, cualquier asistencia que se me conceda podrá retirarse, y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

Sí No

¿El paciente era residente de Illinois cuando el cuidado médico fue prestado por el hospital?

Sí No

¿El paciente estuvo involucrado en un supuesto accidente?

Sí No

¿El paciente fue víctima de un presunto delito?

Sí No

¿El solicitante tiene un(a) pleito/demanda legal abierto(a) o activo(a) contra las cuentas para las que se solicita ayuda?

Sí No

¿El solicitante tiene beneficios de seguro médico?

Fecha: _____ Firma: _____
Paciente/Solicitante

Fecha: _____ Firma: _____
Paciente/Solicitante

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, utilice este formulario para suministrar información adicional que pueda ayudar en el procesamiento de su solicitud para ayuda financiera.

Si cualquiera de las siguientes declaraciones o preguntas se aplican a su situación, por favor, suministre la información necesaria en este formulario.

1. Si sus gastos mensuales exceden sus ingresos mensuales, por favor, anote cómo se están cubriendo sus gastos mensuales.

2. Si su declaración de impuestos no está incluida, por favor, explique por qué.

3. Si Ud. no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?

4. Si Ud. recibe apoyo financiero de alguien, incluya una declaración por escrito sobre cómo lo está ayudando.

5. Otro:

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL SALARIO DEL EMPLEADO

(Debe ser relleno y firmado por el empleador)

Nombre del empleado: _____

Número de Seguro Social del empleado: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____ Ext. _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

SALARIO DE LAS ÚLTIMAS 13 SEMANAS

SEMANA	Período de pago que termina el:	INGRESOS BRUTOS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

1. ¿El empleado está trabajando actualmente? _____ (sí/no). Si no es así, ¿cuándo fue el último día en que trabajó? _____
2. Si el empleado no está trabajando actualmente, ¿va a volver al trabajo? _____ (sí/no)
Fecha prevista de regreso _____
3. ¿Cuándo empezó el empleo? _____ ¿Cuándo terminó? _____

Yo certifico que la información del salario de la persona mencionada arriba es verdadera y exacta.

Fecha: _____

Firma: _____

Firma del empleador o
Representante del empleador