

**Memorial Hospital of Carbondale**  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902  
(618) 549-0721  
Ext. 64572  
Fax: (618) 457-3004

**Herrin Hospital**  
201 S. 14<sup>th</sup> Street  
Herrin, IL 62948  
(618) 942-2171  
Ext. 36458  
Fax: (618) 988-6153

**St. Joseph Hospital**  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966  
(618) 684-3156  
Ext. 55331  
Fax: (618) 529-0539

**SIH Medical Group**  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-5200  
Ext. 67575  
Fax (618) 529-0562

Querido Paciente/Garante:

**IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE UD. PUEDA RECIBIR ATENCION GRATUITA O CON DESCUENTO.** Completando esta aplicación ayudará \_\_\_\_\_ a determinar si Ud. puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, envíe/entregue esta aplicación al hospital.

**SI UD. NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR A LA ATENCION GRATUITA O CON DESCUENTO.** Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará al hospital a determinar si Ud. califica para cualquier programa público.

Por favor complete esta aplicación y envíela al hospital en persona, por correo, por correo electrónico, o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de alta o el recibo de atención ambulatoria.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fé proporcionando toda la información requerida en la aplicación para asistir al hospital en determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Por favor entienda que para recibir asistencia con su factura del hospital deberá mostrar todas las fuentes de pago, tales como seguro médico, Medicaid, compensación al trabajador, responsabilidad, etc. deben estar agotados antes de considerar la asistencia de pago por la atención médica.

Existen ciertas circunstancias en las cual un paciente puede ser elegible mediante una elegibilidad presuntiva y no necesita llenar una aplicación. Por favor, póngase en contacto con un consejero financiero al número anterior para obtener más información.

**Por favor envía la aplicación con la información siguiente:**

1. La aplicación Healthcare Assistance Program completa, firmada y fechada.
2. Una copia de su última declaración federal de impuestos presentada. Si trabaja por su propia cuenta debe de incluir Apéndice C. Por favor, incluya una copia de todos los formularios W2.
3. Una copia de su cheque o talón de cheque más reciente del empleo, desempleo, Seguro Social, pensión, indemnización por accidentes del trabajo (o la carta determinando su indemnización) o cualquier otra(s) fuente(s) de ingreso que haya tenido durante las últimas trece (13) semanas. Aceptamos una de las siguientes tres pruebas de salario:
  - a. Una forma de salario del empleado llenado y firmado por sus empleadores por cada trabajador asalariado en el hogar. (Vea la solicitud en esta aplicación).
  - b. Copias de los talones de cheques de las últimas 13 semanas.
  - c. Una copia impresa de su salario de su empleador durante las últimas 13 semanas.
  - d. Se debe proveer la información del salario de toda la familia/miembros del hogar
4. Si es aplicable, una prueba de su participación en programas de asistencia del gobierno como cupones de alimentos, WIC, Medicaid, Link, almuerzos escolares, Recursos de Cuidado Infantil o del Programa de Referencia.
5. Se le puede pedir que solicite asistencia de otras fuentes adecuadas, si se determina que Ud. podría calificar para esa ayuda.

Si desea presentar una apelación de nuestra decisión o solicitar una reconsideración debe ser por escrito y recibida en el plazo de 30 días desde la notificación. Por favor incluya la razón o provea información adicional que pueda ser beneficiosa para nuestra revisión.

Por favor envíe la solicitud completa a la dirección que aparece arriba de la instalación que usted incurrió en gastos. Solo se requiere una solicitud si Ud. tiene una cuenta en cualquiera de los tres hospitales antes mencionados. Si Ud. necesita asistencia completando la solicitud, por favor póngase en contacto con el asesor financiero en el centro apropiado. Nos puede contactar de Lunes a Viernes 8:00 am a 4:30 pm.

*Completando esta solicitud no le quita su obligación financiera a Southern Illinois Healthcare; Southern Illinois Healthcare se reserva el derecho de denegar cualquier solicitud en revisión.*

Sinceramente,

Asesor Financiero



### Otros Ingresos

Otros Ingresos	Ingreso Mensual del Paciente	Ingresos Mensuales del Cónyuge/de la Pareja/de otro Dependiente
Salario	\$	\$
Trabajo por Cuenta Propia	\$	\$
Compensación por Desempleo	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Incapacidad del Seguro Social	\$	\$
Pensión/Discapacidad de Veterano	\$	\$
Compensación de Trabajadores	\$	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	\$	\$
Ingresos de Jubilación	\$	\$
Manutención de Menores, Pensión Alimenticia u Manutención del Cónyuge	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$

Documentación de los ingresos de la familia desde 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: Propio _____ Renta _____		Banco: Cheques:	\$
Valor Comercial:	\$	Ahorros:	\$
Cantidad Adeudada:	\$		
	\$	Fondos de Inversión:	\$
Auto/Camioneta/Tipo		Capital, Certificado de Depósito:	\$
Valor Comercial:	\$	Propiedad Rentada:	\$
Motocicletas, Botes, Caravanas, Otros Vehículos:	\$	Otros:	\$
Valor Comercial:	\$		\$
			\$
			\$

## Gastos Mensuales

Pagos de Alquiler o de Casa:	\$	Otros:	\$
Utilidades	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuidado de los Niños:	\$		\$
Alimentos y Suministros:	\$		\$
Pagos de Carro:	\$		\$
Transporte:	\$		\$
Impuestos de Propiedad (Anual):	\$		\$
		Gastos Mensuales Totales:	\$

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar cualquier asistencia del estado, federal o local para ser elegible para la ayuda del pago de la factura del hospital.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital para ponerse en contacto con una tercera entidad para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta aplicación. Entiendo que si por mi voluntad proporciono información falsa en esta aplicación, seré inelegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia que se me fure concedida podrá ser revertida, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

<sup>S</sup>     <sup>N</sup>    ¿El paciente fue un residente de Illinois cuando el cuidado médico fue proporcionado por el hospital?

<sup>S</sup>     <sup>N</sup>    ¿El paciente estuvo involucrado en un supuesto accidente?

<sup>S</sup>     <sup>N</sup>    ¿El paciente fue víctima de un presunto delito?

<sup>S</sup>     <sup>N</sup>    ¿El solicitante tiene un(a) pleito/demanda legal abierto(a) o activo(a)?

<sup>S</sup>     <sup>N</sup>    ¿El solicitante tiene algunos beneficios de seguro?

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/Solicitante

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/Solicitante



**FORMULARIO DEL SALARIO DEL EMPLEADO**  
**(Para ser Llenado y Firmado por el Empleador)**

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Empleado: \_\_\_\_\_ (no requerido)

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

**SALARIO DE LAS ÚLTIMAS 13 SEMANAS**

Semana	Término del Periodo de Pago	Salario Bruto
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

- ¿Está el empleado trabajando actualmente? \_\_\_\_\_ (si/no), sino, ¿Cuándo fue su último día de trabajo? \_\_\_\_\_
- Si el empleado no está trabajando actualmente, ¿El empleado estará regresando a trabajar? \_\_\_\_\_ (si/no)  
 Fecha esperada para su regreso \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo empezó el empleo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo terminó? \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Empleador o  
 Representante del Empleador