

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

[translation]

Favor de llenar esta solicitud lo más completamente posible y regresarla dentro de un plazo de diez días hábiles. La solicitud no está completa sin pruebas de ingresos y bienes. Por favor no enviar documentos originales, debido a que no podemos regresarlos. Si declara un ingreso de \$0, favor de proveer una pequeña explicación de cómo está cumpliendo con los gastos mensuales. Si desea proporcionar información adicional con la que siente que nos ayudaría a entender mejor su situación, favor de anexar una carta a la solicitud.

TAMBIÉN DEBERÁ DAR PRUEBA DE INGRESOS FAMILIARES BRUTOS E INFORMACION DE BIENES. EN FORMA DE:

INGRESOS

1. LOS ÚLTIMOS CUATRO (4) TALONES DE PAGO
2. LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (1040) Y ALGÚN ANEXO ADJUNTO
3. CARTA DE VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS O 1099
4. ESTADO DE CUENTA DEL PAGO DE MANUTENCIÓN DE NIÑO

BIENES

1. ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS ACTUALES QUE SOPORTEN LOS VALORES ENLISTADOS DE LAS CUENTAS DE CHEQUE/AHORRO, CERTIFICADOS DE DEPOSITO, TÍTULOS EN VALORES, Y/O ACUERDOS FINANCIEROS

Por favor 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 S C D V	Sexo M F	No. Teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Profesión	Nombre del Patrón	¿Duración en empleo?		Tiempo Completo Medio Tiempo	¿Cuántas horas por semana?

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Correo Electrónico:

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido(s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil S C D V	Sexo M F	No. de Teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Profesión	Nombre del Patrón	¿Duración en empleo?		Tiempo Completo Medio Tiempo	¿Cuántas horas por semana?

INFORMACIÓN DEL CONYUGE DE LA PERSONA RESPONSABLE

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	No. de Teléfono		
Profesión	Nombre del Patrón	¿Duración en empleo?		Tiempo Completo Medio Tiempo	¿Cuántas horas por semana?

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

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

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

Efectivo en Mano	_____	
Cuentas de Ahorro	_____	
Cuentas de Cheques	_____	
Certificado de Depósito	_____	
Títulos en Valores	_____	
Valor de la Casa	_____	
Otros Bienes Inmuebles	_____	
Otro	_____	
TOTAL	_____	
Información de los Vehículos		
Marca	Año	Valor
1.		
2.		
3.		

INGRESO MENSUAL BRUTO (Se solicita prueba de ingresos)

Solicitante	_____
Cónyuge del Solicitante	_____
Ingreso de Seguridad Social	_____
Pensión de Veteranos	_____
Pensión	_____
Desempleo	_____
Indemnización Laboral	_____
Ingresos por Intereses	_____
Ingresos por Dividendos	_____
Pensión Alimenticia	_____
Manutención de niños	_____
Ingresos por Arrendamientos	_____
Otro	_____
Otro	_____
TOTAL	_____
Califico para Cupones de Comida (<i>Food Stamps</i>). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

LIQUIDACIONES FINANCIERAS (Deberá proveer prueba de valor):

Seguro	_____
Herencia	_____
Otro	_____
TOTAL	_____

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

DEUDAS

cantidad en dólares:

Saldo del Préstamo de la Vivienda	_____
Saldo del Préstamo del Carro	_____
Saldos de las Tarjetas de Crédito:	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
Otras deudas:	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TOTAL	_____

PAGOS MENSUALES

Hipoteca PITI (Capital, Interés, Impuestos y Seguro)	_____
Renta	_____
Servicios (Electricidad, agua, gas, etc.)	_____
Gas para el/los vehículos	_____
Teléfono/Celular	_____
Cable/Internet	_____
Comida/Necesidades de casa	_____
Muebles	_____
Pago del Auto	_____
Ropa	_____
Estancia Infantil	_____
Pensión para Hijos Menores	_____
Pensión Alimenticia	_____
Tarjetas de Crédito	_____
Plan de Pago de Deuda Commerce Bank	_____
Pagos de Facturas Médicas:	
1.	_____
2.	_____
Seguro:	
Auto	_____
Propiedad	_____
Médico	_____
Pagos por Préstamos:	
1.	_____
2.	_____
TOTAL	_____

Quejas o comentarios con el proceso de asistencia financiera podrán ser reportadas a la
Oficina del Fiscal de Salud (abajo).
<https://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 Email: HealthCare@ilag.gov



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
(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
(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
(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.