

# 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](http://www.IllinoisAttorneyGeneral.gov) Email: [HealthCare@ilag.gov](mailto: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](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.