

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

[translation]

Favor de llenar la solicitud por completo y de la mejor manera que usted sepa, deberá ser devuelta dentro de un plazo de diez días hábiles. Su aplicación no está completa sin pruebas de ingresos y bienes. Por favor no envíe documentos originales, debido a que no podemos regresarle estos documentos. Si declara un ingreso de \$0, favor de proveer una pequeña explicación de cómo usted está cumpliendo con sus gastos mensuales. Si usted desea proporcionarnos información adicional con la que usted siente que nos ayudaría a entender mejor su situación, favor de agregar una carta a la solicitud.

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

INGRESOS

BIENES

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 PENSION ALIMENTICIA | <ol style="list-style-type: none"> 1. ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS SOPORTANDO LOS VALORES ENLISTADOS PARA 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.		
4.			8.		

Continúa en el otro lado

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

Efectivo en Mano	_____
Cuentas de Ahorro	_____
Cuentas Corrientes	_____
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.		

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

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 por Hijos Menores	_____
Pensión Alimenticia	_____
Ingresos por Arrendamientos	_____
Otro	_____
Otro	_____
TOTAL	_____

Califico para Cupones de Comida (*Food Stamps*). Sí No

**DEUDAS
dólares:**

cantidad en

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 vehículo(s)	_____
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	_____

Correo o Fax al:

Heartland Regional Medical Center: 3333 W DeYoung St. Marion, IL 62959
 (Phone: 844-652-0603, Fax: 618-998-7613)
 Crossroads Community Hospital: 8 Doctors Park Rd, Mt. Vernon, IL 62864 (Phone: 844-652-0605; Fax: 618-241-8697)
 Red Bud Regional Hospital: 325 Spring St, Red Bud, IL 62278 (Phone: 844-652-0606; Fax: 618-282-7740)
 Union County Hospital: 517 N. Main St, Anna, IL 62906 (Phone: 844-652-0604; Fax: 618-833-4329)

Quejas o comentarios con el proceso de asistencia financiera podrán ser reportadas a la Oficina de 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