Importante:

PODRÁ RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO:

Completar esta solicitud ayudará a OSF HealthCare a determinar si usted puede recibir servicios u otros programas públicos gratuitos o con descuento que puedan ayudarlo a pagar su atención médica. Remita esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO ES NECESARIO APORTAR NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA SER ELEGIBLE PARA UNA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.

Sin embargo, sí se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas médicos, como Medicaid. Facilitar un Número de Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si es usted elegible para algunos programas públicos.

Complete este formulario y preséntelo en el hospital en persona, por correo postal, correo electrónico o fax para solicitar atención médica gratuita o con descuento dentro de los 240 días siguientes a la fecha en que se envía la primera factura al paciente por correo.

El paciente reconoce que ha se ha esforzado de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para la ayuda financiera.

Si los pacientes cumplen los criterios de elegibilidad previstos o si se prevé de algún otro modo que será elegible en virtud de los ingresos familiares del paciente, el paciente no tendrá la obligación de completar la sección de la solicitud sobre gastos mensuales.

SOLICITUD DE OSF FINANCIAL ASSISTANCE (AYUDA FINANCIERA DE OSF)

Estimado paciente,

En OSF HealthCare sabemos que nuestros pacientes tienen inquietudes sobre su tratamiento médico y también sabemos que tienen inquietudes sobre el pago de su cuenta. Este formulario intentará ayudarlo con sus inquietudes sobre el pago de su cuenta.

La información de esta solicitud se usará para identificar si usted es elegible para algún método de ayuda financiera. En primer lugar, por ley, se ofrece un descuento a todos los pacientes de Illinois con seguro que está disponible a las personas elegibles. En segundo lugar, usaremos la información que nos proporciona para intentar ayudarlo a obtener el pago de otras fuentes. Por último, ofrecemos OSF Financial Assistance (Ayuda financiera de OSF). Se trata de una contribución de OSF HealthCare para ayudar a las personas elegibles en el pago de su cuenta.

¿Tiene preguntas sobre OSF Financial Assistance o sobre los pasos del proceso? El personal de OSF HealthCare estará encantado de ofrecerle ayuda.

Puede encontrar la información de contacto para todos los hospitales de Illinois y OSF Home Care Services (OSF Patient Accounts and Access Center-PAAC), OSF Medical Group y el centro hospitalario OSF en Escanaba, Michigan en el reverso de este formulario.

Llame o visite nuestro sitio web: osfhealthcare.org para obtener un formulario de solicitud de Asistencia financiera.

Sinceramente,

The Sisters of the Third Order of St. Francis
(Hermanas de la Tercera Orden de San Francisco)

OSF® HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

OSF HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

PRINT SAVE AS EMAIL RESET

Solicitud de OSF Financial Assistance (Ayuda financiera de OSF)

MRN del paciente:_____

*He recibido OSF Financial Assistance (Ayuda financiera de OSF) en los últimos 12 meses. **Sí** ☐/**No** ☐, de qué centro _____

Nombre. del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Núm. Seguro Social (no obligatorio si no está asegurado):_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Teléfono:_____

¿El paciente era residente de Illinois cuando se recibió la atención? ☐ Sí ☐ No

Empleador:_____ Teléfono:_____

Cónyuge/Compañero/Padre o madre/Tutor_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Teléfono:_____

Empleador:_____ Teléfono:_____

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado legalmente ☐ Otro_____

Número de dependientes _____ Manutención para hijos mensual pagada $_____

Información financiera e ingresos

FUENTE:	Monto/Frecuencia del paciente	Cónyuge Compañero/Padre o madre Tutor/Monto/Frecuencia
Sueldo/Desempleo/Compensación laboral	$_____/_____	$_____/_____
Ingresos por negocio/autoempleo	$_____/_____	$_____/_____
SS/SSI/SSD	$_____/_____	$_____/_____
Manutención para hijos/Pensión alimenticia/Gastos de acogida	$_____/_____	$_____/_____
VA: pensión, incapacidad, beneficios, otras ayudas VA	$_____/_____	$_____/_____
Beneficios privados por incapacidad	$_____/_____	$_____/_____
Jubilación, pensión	$_____/_____	$_____/_____
Ingresos por intereses o dividendos (Mercado monetario, bolsa, bonos, certificados de depósito (CD), fondos mutuos, etc.)	$_____/_____	$_____/_____
Ayuda/Asistencia pública	$_____/_____	$_____/_____
Otros ingresos:_____	$_____/_____	$_____/_____

(marque todas las opciones aplicables)

☐ WIC ☐ SNAP ☐ LIHEAP ☐ IL Desayuno y almuerzo gratis

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para pagar la factura de este hospital. Comprendo que la información proporcionada podrá ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me conceda podrá ser cancelada y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

Firma(s):_____ Fecha:_____

*Puede obtener información sobre le Ley sobre descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) e información sobre pagos generales de acceso e información sobre ayuda financiera en: **www.osfhealthcare.org**

©Copyright OSF HealthCare 2014

Complete esta solicitud, imprímala y entregue todas las páginas al centro designado que se indica más abajo.

OSF Patient Accounts and Access Center (PAAC)	P.O. Box 1701, Peoria, IL 61656-1701 (800) 421-5700 or (309) 683-6750
OSF Medical Group Offices-Patient Accounts	P.O. Box 1806, Peoria, IL 61656-1806 (800) 589-6070 or (309) 683-5990
OSF St. Francis Hospital & Medical Group in Escanaba, MI-Patient Accounts	3401 Ludington St., Escanaba, MI 49829-1377 (906) 786-5707 ext. 5550
OSF Saint Anthony's Health Center	P.O. Box 340 #1 Saint Anthony's Way Alton, IL 62002 (618) 465-4506 or (618) 465-4502
OSF Home Infusion Pharmacy OSF Home Medical Equipment	2265 W. Altorfer Road, Peoria, IL 61615-1807 Home Infusion Pharmacy: (800) 446-3009 Home Medical Equipment: (877) 795-0416

Un residente no asegurado de Illinois puede solicitar el descuento para pacientes no asegurados del Illinois Hospital (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount) completando esta Solicitud y remitiendo cualquiera de los siguientes documentos para verificar los ingresos familiares. OSF HealthCare puede exigir documentación adicional para solicitar la asistencia financiera de OSF (OSF Financial Assistance).

- ☐ Copia de la declaración de renta más reciente
- ☐ Copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes
- ☐ Copias de los 2 talones de pago más recientes
- ☐ Verificación por escrito de ingresos del empleador si es pagado en efectivo.
- ☐ Una forma razonable de verificación de ingresos de terceros que el hospital considere aceptable

Sólo para uso de OSF HealthCare			
Ingresos familiares brutos			
Número legal de personas en la familia			
Firma		Fecha	