

Estimado/a Paciente,

Nosotros en OSF HealthCare sabemos sobre las preocupaciones que nuestros pacientes tienen acerca de su tratamiento médico - y también sabemos de sus preocupaciones acerca de hacer pagos a su cuenta. Este formulario tratará de ayudarle con sus preocupaciones sobre los pagos a su cuenta.

La información en esta solicitud se utilizará para determinar si usted califica para cualquiera de los métodos de asistencia financiera. Primero, existe un descuento ofrecido por ley a todos los pacientes de Illinois que no tienen seguro médico y es disponible para las personas que califican. Segundo, vamos a utilizar la información que usted nos proporcione en un esfuerzo para ayudarle a obtener pago de otras fuentes. Por último, ofrecemos Asistencia Benéfica por medio de OSF. Esta es una contribución de OSF HealthCare para ayudarle en el pago de su cuenta para aquellos que califiquen.

¿Tiene preguntas sobre la Asistencia Benéfica de OSF o los pasos en el proceso? El personal de OSF quiere ayudarle. Por favor póngase en contacto con la oficina de la instalación donde usted recibió la atención médica si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda. La información de teléfono para contactar todas las instalaciones se encuentra en la parte posterior de este formulario.

Sinceramente,
Las Hermanas de la Tercera Orden de San Francis.



**SOLICITUD DE ASISTENCIA
BENÉFICA DE OSF**

POR FAVOR LLENE ESTA PAGINA SOLAMENTE, GRACIAS

Paciente	Demografía	Esposo(a) (O partido responsable)
	Nombre	
	Numero de Seguro Social	
	Fecha de Nacimiento	
Calle: _____ _____	Dirección	Calle: _____ _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____		Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
	# de Teléfono	
	Empleador	
	# de Teléfono de Empleador	
	Fecha de Empleo	
\$ _____ / _____	Salario/Horas de trabajo por semana	\$ _____ / _____
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a)	
	Información Financiera	
\$ _____ Semana 2 semanas mes	Salario y Frecuencia de pago	\$ _____ Semana 2 semanas mes
	SS / SSI / SSD Recibida	
	Pension Recibida	
	Manutención Infantil/alimenticia/cuidado adoptivo/ayuda publica recibida	
	Otros ingresos mensuales	
	Total de ingresos mensuales	
	Manutención Infantil pagado por usted	
OSF cálculo de ingreso bruto = \$		
<p>Tamaño de la Familia: Significa el numero de personas obligadas a pagar los gastos realizados mas el numero total de los hijos naturales o adoptivos que residen en su casa menores de 20 años de edad o Legalmente Incapacitados.</p>	Nombre: _____ fecha de nacimiento: ___/___/___ relación _____ Nombre: _____ fecha de nacimiento: ___/___/___ relación _____ Nombre: _____ fecha de nacimiento: ___/___/___ relación _____ Nombre: _____ fecha de nacimiento: ___/___/___ relación _____	
OSF Cálculo de Tamaño Legal de la Familia = _____		
Información Financiera		
Tipo de cuenta	Nombre de Banco	Balance de cuenta
Cuenta de cheques:		
Cuenta de ahorros		
Cuenta de Mercado Monetario / CD		
Acciones, Bonos y Fondos de inversion	Fecha de inversion: _____ Nombre de Institución: _____	Valor comercial: _____
Verificación de ingresos:		
<p>Los hospitales pueden requerir a los pacientes que no tienen seguro medico y solicitan un descuento para personas sin seguro medico a proporcionar documentación de los ingresos de la familia. Documentación aceptable de ingresos de la familia deberá incluir cualquiera de los siguientes:</p> <p>(A) copia de la reclamación de impuestos más reciente;</p> <p>(B) copia de los formularios W-2 y 1099 mas reciente;</p> <p>(C) copias de los 2 talones de cheque mas recibidos;</p> <p>(D) carta de su empleador verificando su salario si es pagado en efectivo; o</p> <p>(E) otro tipo de verificación de ingresos por medio de una tercera persona que sea aceptable al hospital.</p>		
<p>Verificación de bienes: Los hospitales pueden requerir a los pacientes que no tienen seguro medico y solicitan un descuento para personas sin seguro medico que certifiquen la existencia de bienes propiedad del paciente y proporcionen documentación del valor de dichos bienes. La documentación aceptable puede incluir declaraciones de instituciones financieras o otro tipo de verificación por una tercera persona del valor de los bienes. Si no existe verificación de una tercera persona, entonces el paciente deberá certificar el valor estimado de dichos bienes.</p>		
He recibido Asistencia Benefica dentro de los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es Si, cual instalacion? _____		

**Por favor tome en cuenta que OSF HealthCare utiliza a un proveedor para verificar la información sometida. Si la información presentada no coincide, es posible que usted deba completar hojas de cálculo de ingreso adicionales.*

Enterese sobre la ley de Descuento Para Pacientes Sin Seguro Medico de Illinois y para obtener información general sobre pagos y de asistencia benéfica en la pagina: www.osfhealthcare.org

Yo certifico que toda la Información contenida en esta Aplicación y en documentos sometidos es verídica. Entiendo que si cualquier información es falsa, la ayuda financiera sera revertida o negada. Al firmar esta solicitud, autorizo que verifiquen toda la información enviada.

Firma(s): _____ Fecha: _____

**POR FAVOR COMPLETE LA SOLICITUD, IMPRIMA
Y ENTREGUE TODAS LAS PAGINAS A UNA
DE LAS INSTALACIONES SIGUIENTES**

**OSF St. Francis Hospital & Medical Group -
Patient Accounts**

*3401 Ludington St., Escanaba, MI 49829-1377
(906) 786-5707 EXT. 5550*

OSF Saint Anthony Medical Center - Patient Accounts

*5666 E. State Street, Rockford, IL 61108-2472
(815) 395-5070*

OSF Holy Family Medical Center - Patient Accounts

*1000 West Harlem Avenue, Monmouth, IL 61462
(309) 734-1446*

OSF Saint Elizabeth Medical Center – Patient Accounts

*1100 East Norris Drive, Ottawa, IL 61350
(815) 431-5755*

All OSF Medical Group Offices - Patient Accounts

*P.O. Box 1806, Peoria, IL 61656-1806
(800) 589-6070*

OSF Home Care Services - Patient Accounts

*2265 W. Altorfer Road, Peoria, IL 61615-1807
(800) 446-3009*

OSF Saint James - John W. Albrecht Medical Center

OSF St. Joseph Medical Center

OSF Saint Francis Medical Center

OSF St. Mary Medical Center

*OSF Patient Accounting and Access Center (PAAC)**

P.O. Box 1701

Peoria, IL 61656-1701

(800) 421-5700 or (309) 683-6750

**Por favor tome en cuenta que con el fin de
ofrecerle un mejor servicio, nuestras instalaciones
al Centro de Illinois han sido consolidadas a
una sola oficina de facturaciones.*



www.osfhealthcare.org



PARA EL USO DE OSF SOLAMENTE



Date Received: _____

MRN #: _____

Gross Family Income: _____

Legal Family Size: _____

Income/Family size verified Yes No

Income worksheet needed Yes No

Asset worksheet needed Yes No

Application Denied Yes No

IL Uninsured Discount Eligible: Yes No

OSF Charity %: _____

Remarks: _____

Signature: _____

Title: _____

Date: _____



PARA EL USO DE OSF SOLAMENTE



Income Source	IRS 1040 Line	Current Year	Prior Year
Wages, Salaries, Tips, Etc.	1		
Interest - Taxable	2		
Unemployment compensation	3		
Child Support Received	N/A		
Workers' Compensation	N/A		
Public Assistance or Welfare	N/A		
Veterans' payments	N/A		
Survivor benefits (other than pensions and annuities)	N/A		
Disability benefits	N/A		
Educational assistance, grants and scholarships	N/A		
Litigation settlements or judgments	N/A		
Other income	N/A		
Income Subtotal		\$	\$
Adjustments to Income			
Child support payments			
Gross Family Income		\$	\$