



Solicitud de asistencia financiera

USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Esta solicitud ayudará a FHN y FHN Memorial Hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que lo ayuden a pagar su atención médica. Sírvase completar este formulario dentro de los 240 días a partir de la primera factura. Envíelo a FHN en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax:

FHN Financial Assistance
1045 W. Stephenson St.
PO Box 268
Freeport, IL 61032
Fax 815-599-7907

Si tiene alguna duda, llame a nuestra oficina comercial al 815-599-7950 o al 877-720-1555.

SI USTED NO POSEE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN HOSPITALARIA GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, es necesario contar con un número de seguridad social para algunos programas públicos, entre ellos Medicaid. Aunque no es necesario proporcionar un número de seguridad social, a FHN le sirve para determinar si usted reúne los requisitos de algún programa público.

Llene este formulario y envíe a FHN toda la documentación necesaria que se detalla a continuación en el transcurso de los 240 días posteriores a la primera factura.

Como constancia de ingresos para acceder solamente al descuento del hospital de Illinois para pacientes no asegurados, proporcione al menos uno de los siguientes documentos:

- Última declaración de impuestos
- Último formulario W-2 o 1099
- Los dos (2) últimos recibos de sueldo
- Verificación de ingresos por escrito de un empleador, si paga en efectivo
- Alguna (1) otra forma razonable de verificación de ingresos, aceptable para FHN

Como constancia de ingresos para los demás programas de asistencia financiera, proporcione los siguientes documentos, según corresponda:

- Última declaración de impuestos federales con todos los anexos, formularios W-2 y 1099, etc.
- Los dos (2) últimos recibos de sueldo
- Verificación de ingresos por escrito de un empleador, si paga en efectivo
- Carta(s) de beneficios del seguro social
- Estado(s) de cuenta bancario(s) más reciente(s)
- Documentación por escrito de cualquier otra fuente de ingresos, incluidos, entre otros: pensión, desempleo, pensión alimenticia, manutención de menores, beneficios para veteranos de guerra, ingresos por fideicomiso, indemnización por despido, etc.

Como constancia de residencia, proporcione al menos uno de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir o número de identificación estatal válido
- Última factura de servicios públicos
- Tarjeta de identificación del vehículo o tarjeta de identificación electoral
- Contrato de alquiler o declaración de algún familiar que viva en el mismo domicilio, con constancia fehaciente de residencia

Otra documentación, según corresponda:

- Si se ha divorciado recientemente, una copia de la sentencia de divorcio
- Denegación o rechazo de cobertura de seguro

Justificación de documentación extraviada o circunstancias atenuantes: _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE FHN

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SOLICITANTE)									
Nombre			Fecha de nacimiento		Domicilio (calle, ciudad, estado y código postal)				
Número de seguridad social (NSS)		Teléfono particular			Teléfono celular		Dirección de correo electrónico		
Nombre del empleador		Teléfono del empleador			Domicilio del empleador				
SECCIÓN 2: CÓNYUGE o PAREJA o GARANTE (Especifique la relación que lo vincula con el paciente: _____)									
Nombre					Domicilio (calle, ciudad, estado y código postal)				
Teléfono particular					Teléfono celular				
Nombre del empleador		Teléfono del empleador			Domicilio del empleador				
SECCIÓN 3: ELEGIBILIDAD PARA OBTENER SEGURO MÉDICO					SECCIÓN 4: CRITERIOS PRESUNTOS DEL HOSPITAL				
Al momento de recibir la asistencia de FHN, el paciente:		¿Posee seguro médico?	SÍ/NO	Empresa aseguradora:	Fecha de entrada en vigencia:	¿El paciente vive en la calle?		SÍ/NO	
¿Era residente de Illinois?	SÍ/NO	¿Tiene un asegurado secundario?	SÍ/NO	Empresa aseguradora:	Fecha de entrada en vigencia:	¿Es el paciente elegible para acceder a Medicaid?		SÍ/NO	
¿Estaba involucrado en un accidente?	SÍ/NO	¿Ha solicitado algún seguro?	SÍ/NO	Seguro solicitado:	Fecha de solicitud:	¿Sufre el paciente una discapacidad mental y no tiene designado un curador?		SÍ/NO	
¿Era víctima de un presunto delito?	SÍ/NO	¿Alguna otra persona es responsable de la atención médica del paciente como parte de un acuerdo legal de disolución o separación?			SÍ/NO		¿El paciente es una persona fallecida que no posee patrimonio?		SÍ/NO
SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y EL HOGAR									
Cantidad de personas que viven en el hogar:		Cantidad de personas que tiene legalmente a cargo:		Edad de las personas legalmente a cargo:					
SECCIÓN 6: SI USTED NO POSEE SEGURO Y HA RESPONDIDO SÍ A ALGUNA PREGUNTA DE LA SECCIÓN 4, OMITA ESTA SECCIÓN.									
SECCIÓN 6A: INGRESOS BRUTOS MENSUALES				SECCIÓN 6B: ACTIVOS			SECCIÓN 6C: GASTOS MENSUALES		
	Paciente/solicitante	Cónyuge/pareja/garante			Descripción	Valor	Si usted no posee seguro y sus ingresos mensuales no superan los USD 2000, omita esta sección.		
Sueldos:	\$	\$	Cuenta(s) corriente(s):	Banco/institución	\$	Vivienda:	\$		
Trabajo autónomo:	\$	\$	Cuenta(s) de ahorro:	Banco/institución	\$	Servicios públicos:	\$		
Seguridad social:	\$	\$	Certificados de depósito:	Banco/institución	\$	Alimentos:	\$		
Pensión o jubilación:	\$	\$	Inversiones:	Banco/institución	\$	Transporte:	\$		
Discapacidad:	\$	\$	Cuenta(s) de ahorro de salud o de gastos flexibles:	Banco/institución	\$	Gastos médicos:	\$		
Desocupación:	\$	\$	Automóvil:	Año, marca y modelo	\$	Cuidado infantil:	\$		
Compensación de trabajadores:	\$	\$	Automóvil:	Año, marca y modelo	\$	Préstamos:	\$		
Asistencia temporal:	\$	\$	Otros vehículos:	Año, tipo y modelo	\$	Préstamos:	\$		
Manutención de menores:	\$	\$	Bienes inmuebles:	Domicilio	\$	Crédito hipotecario:	\$		
Pensión alimenticia o manutención del cónyuge:	\$	\$	Bienes inmuebles:	Domicilio	\$	Crédito hipotecario:	\$		
Otros ingresos:	\$	\$		Especifique.	\$	Otros gastos:	\$		
Ingresos mensuales totales:	\$	\$	Valor total del activo:		\$	Gastos mensuales totales:	\$		

Certifico que la información consignada en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual sea elegible, que me ayude a pagar esta(s) factura(s) médica(s). Comprendo que FHN podría verificar la información provista y autorizo a FHN a contratar a terceros para corroborar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si brindo información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para la asistencia financiera, se podría revocar alguna asistencia financiera que se me haya otorgado, y deberé pagar la(s) factura(s) médica(s).

Escriba el nombre del paciente/solicitante en letra de imprenta o a máquina

Escriba el nombre del cónyuge/pareja/garante en letra de imprenta o a máquina

Firma del paciente/solicitante

Fecha

Firma del cónyuge/pareja/garante

Fecha