

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 SOCIO o GARANTE (Especifique la relación que lo vincula con el paciente aquí: _____)															
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: PRESUNTOS CRITERIOS 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 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: ACTIVO				SECCIÓN 6C: GASTOS MENSUALES							
		Paciente/solicitante		Cónyuge/socio/garante				Descripción		Valor		Si usted no posee seguro y sus ingresos mensuales no superan los \$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:		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:		\$		\$		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/socio/garante en letra de imprenta o a máquina

Firma del paciente/solicitante

Fecha

Firma del cónyuge/socio/garante

Fecha