



Solicitud para Ayuda de Financiera

*** Esta solicitud debe devolverse dentro de los 30 días de la petición de Ayuda ***

Devolver a: Alexian Brothers Hospital Network - PFS
Attn: Assistance Department
3040 Salt Creek Lane
Arlington Heights, IL 60005

Se requieren todos los documentos para poderle proveer los mayores beneficios.

A continuación vea una lista de información importante que necesitará conocer en relación con su solicitud para ayuda financiera.

Todos los documentos de verificación deben presentarse dentro de los 30 días de la fecha en que se pidió la ayuda. Si los documentos de verificación no se reciben en nuestras oficinas durante este período de 30 días, asumiremos que usted tiene la habilidad de pagar y le pediremos que se comunique con el Departamento de Servicios Financieros al Paciente para establecer un sistema de pagos para sus facturas del hospital.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La elegibilidad se determinará teniendo en cuenta el tamaño de la familia y los ingresos, usando cálculos basados en las Normas Federales de Pobreza actuales, según están definidas en el Registro Federal. Usted puede incluir una breve descripción de cualquier circunstancia especial que nos permita entender mejor su situación financiera. Estas circunstancias especiales pueden tomarse en cuenta para la determinación final de ayuda.

PRUEBAS DE INGRESOS REQUERIDAS: Se requiere la siguiente documentación para establecer su ingreso bruto anual.

Si cualquiera de los documentos requeridos no están disponibles, por favor incluya una carta explicando por qué no puede enviar las copias, para tenerlo en cuenta en la determinación final de ayuda.

- Copia de una identificación oficial de la persona responsable. Por ejemplo, cualquiera de las siguientes: licencia de conductor, pasaporte, visa, inscripción de nacimiento, o tarjeta de Identificación Internacional.
- Últimos cuatro (4) talones de cheques del sueldo, estados financieros (si está empleado por su cuenta), **prueba** de mantenimiento de niños, talones de los cheques de la compensación por desempleo, carta de la Seguridad Social indicando su adjudicación anual de ingresos, forma 1099, o verificación de ingresos de su empleador.
- Copia completa de su más reciente Declaración de Impuestos Federales.
- Copia de sus más reciente formas de impuestos, W2 o 1099.
- Estados completos de cuentas de banco de los últimos tres meses (cuentas corrientes y de ahorros)
- Si usted depende de otra persona para ayudarle a sufragar todos o parte de sus gastos de vida, una Declaración de Mantenimiento firmada por esa persona.

¿TIENE PREGUNTAS?

Por favor, no deje de llamarnos al 866/690-3370.

O envíe un correo electrónico con sus preguntas a AlexianAssistance@alexian.net

SOLICITUD PARA el Programa de Ayuda Financiera

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE:

NÚMERO(S) DE LA(S) FACTURA(S):

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

Tengo entendido que la información que presento en relación con mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación.

Apellido	Nombre	Inicial	# de teléfono
----------	--------	---------	---------------

Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal
-----------	---------------	---------------

Número del Seguro Social de la persona responsable: _____

Nombre y dirección del empleador de la persona responsable:

Nombre y dirección del empleador del cónyuge _____

Si no está empleado, fecha del ultimo día en que trabajó _____

¿Tenía cobertura de seguro en su empleo anterior? _____

Si no está empleado, por favor describa al dorso cómo cubre sus gastos de vida.

Por favor, indique todos los miembros de su familia que viven con usted.

Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SOLICITUD PARA el Programa de Ayuda Financiera

FORMA DE DECLARACIÓN FINANCIERA

Nombre del paciente:

Números(s) de cuenta(s):

Nombre de la persona responsable:

Indique el Origen de sus Ingresos Brutos Mensuales:

Salario antes de las deducciones de la persona responsable \$ _____

Pensión \$ _____

Salario antes de las deducciones del cónyuge \$ _____

Pensión \$ _____

Seguro Social \$ _____

Compensación por desempleo \$ _____

Mantenimiento de niños \$ _____

Ingresos por inversiones \$ _____

Cuentas corrientes \$ _____ De ahorros \$ _____

Valor de la propiedad \$ _____

Activos líquidos (acciones/bonos/ IRA/ CD) \$ _____

Otros \$ _____ Por favor, describa: _____

GASTOS MENSUALES:

Alquiler/Hipoteca/Mantenimiento \$ _____

Seguros médicos \$ _____ Gastos médicos mensuales \$ _____

Préstamos \$ _____ Otros \$ _____

Total de gastos mensuales \$ _____

Yo declaro que la información presentada en este documento es verdadera y correcta según mi mejor entendimiento.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO

Se requiere solamente si el paciente depende de otra persona para ayudarlo a sufragar todos o parte de sus gastos de vida.

*** Debe completarla la persona que provea la ayuda al paciente o a la familia del paciente. ***

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Números(s) de cuenta(s): _____

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Su número de teléfono: _____

Su relación o parentesco con el paciente: _____

Por favor, especifique qué ayuda provee al paciente.

A Quien Pueda Interesar:

Yo he provisto –

- Mantenimiento (casa y comida)
- Gastos de transporte (préstamo del auto, seguro, gasolina, etc.)
- Medicamentos
- Ropa
- Pagos de tarjetas de crédito
- Gastos de escuelas
- Otros (por favor, describa): _____

a (nombre del paciente) _____

por los pasados _____.

Yo puedo continuar el mantenimiento de la persona mencionada anteriormente, pero no puedo contribuir para sus gastos médicos.

Firma

Fecha