

Importante: USTED PUEDE SER ELEGIBLE DE RECIBIR ASISTENCIA GRATUÍTA O UN DESCUENTO. El completar esta aplicación ayudará a la Asistencia Médica de BJC a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento o si es elegible para otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica.

SI USTED NO ESTA ASEGURADO, UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES NECESARIO PARA CALIFICAR DE FORMA GRATUÍTA O CON DESCUENTO. Sin embargo un número de seguro social es necesario para algunos programas públicos incluyendo Medicaid. Proporcionar un Número de Seguro Social no es necesario pero le ayudará al hospital determinar si usted califica para algún programa público.

Favor de completar este formulario y entregarlo al hospital en persona, o enviarlo por correo al 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930, o por correo electrónico a patacct@bjc.org, o por fax 314-747-6977 para solicitar atención médica gratuita o descuento dentro de los 240 días siguientes a la fecha del cobro inicial.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la aplicación para ayudar al hospital determinar si el paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social del Paciente <i>(Optional y no requerido)</i>
Paciente	Persona Responsable por la factura	
¿Es residente de Illinois al momento del servicio? Sí ___ No ___	Nombre	
Calle	Calle	
Ciudad, Estado Codigo Postal	Ciudad, Estado Codigo Postal	
Teléfono: ()	Teléfono: ()	
Correo electrónico:	Correo electrónico:	
INFORMACIÓN DE EMPLEO		
Empleador del Paciente	Empleador del Cónyuge/pareja/tutor	
Calle	Calle	
Ciudad, Estado Codigo Postal	Ciudad, Estado Codigo Postal	
Teléfono: ()	Teléfono: ()	
INFORMACIÓN ADICIONAL		
1. ¿Estubo el paciente involucrado en un presunto accidente que llevó a la necesidad de servicios ?	Si ___ No ___	
2. ¿Fue el paciente víctima de un presunto delito que llevó a la necesidad de los servicios ?	SI ___ No ___	
3. ¿Número de personas en la familia del paciente y/o hogar ?		
4. ¿Número de personas que son dependientes* del paciente?		
5. ¿Cuales son las edades de los dependientes* del paciente ?		
6. ¿En el momento de servicio o más adelante , fue o esta el paciente divorciado o separado o envuelto en un procedimiento de disolución matrimonial?	SI ___ No ___	
7. ¿En el momento de servicio o más adelante fue o esta el paciente dependiente de padres divorciados o separados o padres envueltos en un procedimiento de disolución matrimonial?	Si ___ No ___	

8. Si contestó sí en preguntas 6 o 7, entonces ¿quién es responsable de la atención médica del paciente por el divorcio o acuerdo de separación u orden ?

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado Código Postal : _____

Teléfono: (_____) _____

*Un dependiente se refiere a un menor o cualquier persona que esta listado como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona.

LISTE TODAS LAS COVERTURAS DE SEGUROS EN LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN QUE SON RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS **

Tipo de Seguro	Nombre del Seguro	Número de Póliza	Número de Grupo
Seguro Médico			
Medicare			
Suplemento de Medicare			
Medicaid			
Beneficios de Veteranos			

GASTOS E INGRESOS MENSUALES **

(Adjunte cualquiera de los siguientes documentos como Comprobante de Ingresos)

- A. Declaración de impuestos más reciente
- B. Los formularios w-2 y 1099 más recientes
- C. Los Dos (2) más recientes talones de pago
- D. Verificación escrita de Ingresos del empleador si fue pagado en efectivo
- E. Prueba de no presentar una declaración de impuestos (Formulario 1722 del IRS)

La información de ingresos debe ser suministrada para poder procesar su aplicación

	Cónyuge/Pareja	Padres/Tutor
Salario Mensual Bruto		
Ingresos de trabajo por cuenta propia		
Seguro Social		
Seguro Social por Discapacidad		
Discapacidad Privada		
Discapacidad de Veteranos		
Pensión de veteranos		
Desempleo		
Compensación del Trabajador		
Ingresos de Jubilación		
Manutención de los hijos		
Pensión Alimenticia u otra ayuda de manutención		
Asistencia Temporera para Familias Necesitadas(TANF)		
Otros, haga una Lista		

GASTOS	GASTOS MENSUALES
Vivienda	
Utilities (ej. Teléfono, Gas, Electricidad, Agua)	
Comida	
Cuidado de niños	
Transportación	
Gastos Médicos	
Otros Gastos	

****EXCEPCIONES:** Si el paciente es residente de Illinois, no tiene seguro médico y recibe servicios en Alton Memorial Hospital y cumple con los presuntos criterios de elegibilidad descritos en 77 ILAC 4500.40 o es de otra manera presumiblemente elegibles en virtud del ingreso de la familia, no es necesario por el paciente completar esta sección de la aplicación.

Si el paciente está solicitando asistencia relacionada con los servicios provistos por los sitios de NHSC, no se requiere que el paciente complete la secciones de seguro y gastos de esta aplicación. Los sitios de NHSC incluyen la oficina Bourbon Medical, la oficina Cuba Medical , la oficina Steelville Medical, la oficina Sullivan Medical y la Clínica Medial Arts –en Farmington.

ADJUNTE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE CON RESPECTO A LA SITUACIÓN FINANCIERA

CERTIFICACIÓN: Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Aplicaré para cualquier asistencia estatal, federal o local por la cual yo pueda ser elegible que ayude a pagar por esta factura de hospital. Entiendo que esta información provista puede ser verificada por la Asistencia Médica de BJC, y yo los autorizo a que contacten tercer grupos para verificar la veracidad la exactitud de la información provista en esta aplicación. Entiendo que si a sabiendas proveo información falsa en esta solicitud no sere elegible para asistencia financiera , cualquier asistencia financiera concedida a mi puede invertirse y sere responsable de la factura(s).

Paciente/Firma de Persona Responsable :

Fecha: