

N.º de exp. méd. del paciente: \_\_\_\_\_

www.osfhealthcare.org

**ADJUNTE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, Y LUEGO COMPLETE Y FIRME LA SOLICITUD**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copias de 2 recibos de sueldo de 30 días por todos los ingresos declarados | <input type="checkbox"/> Presente una carta en la que describa su situación financiera |
| <input type="checkbox"/> Copias de declaraciones de desempleo de 30 días                            | <input type="checkbox"/> Copias de los Beneficios del Seguro Social (si corresponde)   |

¿Presentó la declaración de impuestos a las ganancias federales? Para solicitar una copia de sus impuestos, llame al 1-800-829-1040 (transcripción oficial, **sin formularios escritos a mano**)

- Yes – Envíe las declaraciones de impuestos a las ganancias federales más recientes y los anexos correspondientes  
 No – Explique el motivo:

- He solicitado o solicitaré asistencia médica estatal o federal  Sí (proporcione un N.º de seguimiento o carta de rechazo)  
 No–No soy ciudadano  No–Mayores ingresos  No–Otro motivo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**OTROS INGRESOS MENSUALES (Adjunte copias de los documentos para respaldar estos ingresos)**

Otros salarios	Varios Ingresos	Ingresos por discapacidad	Pensión alimenticia
Pensión	Ingresos por alquiler	Beneficios para veteranos	Desempleo

**PACIENTE/PARTE RESPONSABLE** Marque uno solo:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a  Separado/a legalmente (se requiere documentación)

Nombre: (Nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Dirección del paciente/parte responsable: \_\_\_\_\_

Teléfono: _____	Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado	Frecuencia de pagos: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada dos meses	¿Tiene reclamos en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, proporcione la declaración de impuestos de quienes le reclaman.</i>
-----------------	--	--	---

Tamaño del hogar (Paciente, cónyuge y dependientes)	Nombre y dirección del empleador
---	----------------------------------

Fecha de contratación: (MM/DD/AAAA)	Desempleado: (MM/DD/AAAA) De: _____ Hasta: _____	Ingreso bruto promedio por mes: (Monto antes de los impuestos) \$ _____	SSI/SSDI mensual: \$ _____
-------------------------------------	---	--	-------------------------------

**CÓNYUGE (si corresponde)**

Veillez cocher une case :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e) de corps (documents requis)

Nombre: (Nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Teléfono: _____	Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado	Frecuencia de pagos: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada dos meses	¿Tiene reclamos en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, proporcione la declaración de impuestos de quienes le reclaman.</i>
-----------------	--	--	---

Tamaño del hogar (Paciente, cónyuge y dependientes)	Nombre y dirección del empleador
---	----------------------------------

Fecha de contratación: (MM/DD/AAAA)	Desempleado: (MM/DD/AAAA) De: _____ Hasta: _____	Ingreso bruto promedio por mes: (Monto antes de los impuestos) \$ _____	SSI/SSDI mensual: \$ _____
-------------------------------------	---	--	-------------------------------

**DEPENDIENTES menores de 18 años de edad (De haber más de 3 dependientes, utilice una hoja aparte)**

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Declarado como Dependiente en los impuestos	
1.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Certifico que la información presente en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal entender. Me postularé para cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local para la que resulte elegible para contribuir con el pago de la factura del hospital. Entiendo que es posible que el hospital verifique la información brindada, y autorizo al hospital a contactar a cualquier tercera parte para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que, si de manera consciente proporciono información no verídica en la presente solicitud, no resultaré elegible para obtener la asistencia financiera, que cualquier tipo de asistencia financiera que se me otorgue se podrá revertir y que seré responsable del pago de la factura del hospital.

**SE EXIGE UNA FIRMA PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD**

Firma del paciente o persona responsable	Fecha
--	-------

## Estimado paciente:

En OSF HealthCare sabemos que nuestros pacientes tienen inquietudes sobre la realización de pagos en sus cuentas por tratamientos médicos. Esta solicitud resolverá sus inquietudes acerca del pago de su hospital, médico/clínica o las facturas de atención en el hogar.

La información presente en esta solicitud nos ayudará a determinar si califica para cualquier tipo de asistencia financiera. OSF utilizará la información que usted brindó en esta solicitud para determinar si es elegible para un descuento por falta de seguro o para un pago de otra fuente, o si califica para el Programa de Asistencia Financiera de OSF

Visite nuestro sitio web en [osfhealthcare.org](http://osfhealthcare.org) o llame a nuestra oficina con respecto a cualquier pregunta que tenga. ¡Estamos aquí para ayudar!

Atentamente,

The Sisters of the Third Order of St. Francis



# OSF<sup>®</sup>

## HEALTHCARE

[www.osfhealthcare.org](http://www.osfhealthcare.org)

Complete esta solicitud y entregue toda la documentación requerida a OSF HealthCare

**Servicios financieros de OSF HealthCare para el Paciente (Incluye MI)**

P.O. Box 1701,  
Peoria, IL 61656-1701  
(800) 421-5700 o  
(309) 683-6750  
Fax: (309) 308-3963

**OSF Home Infusion Pharmacy**

2265 W. Altorfer Road,  
Peoria, IL 61615-1807  
Home Infusion Pharmacy:  
(800) 446-3009

**OSF Home Medical Equipment**

Home Medical Equipment:  
(877) 795-0416

**Complete y entregue esta solicitud dentro de los primeros 240 días después del primer estado de cuenta.**

- Diríjase a OSF MyChart para completar esta solicitud y cargar los documentos (Si no tiene una cuenta de OSF MyChart y necesita asistencia para crear una, puede llamar a nuestra oficina para obtener ayuda - ¡es fácil hacerlo!), o
- Visite el sitio web de OSF en [osfhealthcare.org](http://osfhealthcare.org) para completar una solicitud de Asistencia Financiera y cargue los documentos requeridos, o
- Complete esta solicitud impresa y proporcione copias de los documentos requeridos y envíenoslos por correo, fax o acérquelos a alguna de las instalaciones de OSF.

Un paciente sin seguro también puede solicitar un descuento por falta de seguro al completar esta solicitud y entregar cualquiera de los siguientes documentos para verificar el ingreso familiar. También puede calificar para la Asistencia Financiera de OSF, la cual requiere algunos documentos adicionales (consulte la solicitud para obtener más detalles).

- Copia de la declaración de impuestos más reciente
- Copias más recientes de los formularios W-2 y 1099
- Copias de los últimos 2 recibos de sueldo
- Verificación por escrito de los ingresos del empleador, si estos se pagan en efectivo
- Otra forma razonable para la verificación de ingresos por una tercera parte, aceptada por OSF HealthCare.

## Importante:

**PODRÁ RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO:**

Completar esta solicitud ayudará a OSF HealthCare a determinar si usted puede recibir servicios u otros programas públicos gratuitos o con descuento que puedan ayudar a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

**SI NO TIENE UN SEGURO, NO SE NECESITA EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.**

Sin embargo, si se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas médicos, como Medicaid. No es necesario proporcionar un Número de Seguro Social. Sin embargo, proporcionar uno ayudará al hospital a determinar si usted califica para cualquier programa público.

Complete esta solicitud y entréguela mediante OSF MyChart, en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 240 días posteriores a la fecha en que se envía el primer estado de cuenta al paciente.

El paciente reconoce que se ha esforzado de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud y así colaborar con el hospital para que este determine si el paciente resulta elegible para la asistencia financiera.

Si el paciente cumple los criterios de elegibilidad previstos o si se prevé de algún otro modo que será elegible en virtud de los ingresos familiares del paciente, el paciente no tendrá la obligación de completar la sección de la solicitud sobre gastos mensuales.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

OSF HealthCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. OSF HealthCare postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE OSF HEALTHCARE**