



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL HOSPITAL

Sección Demográfica:

Apellido Primer nombre

Número de seguro social

(Si no tiene un Número de Seguro Social, no afectará su capacidad para recibir asistencia financiera, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público)

Dirección	Ciudad	Estado	Código	Número de teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¡DETÉNGASE! Si actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes y puede proporcionar copias RECIENTES a nombre del solicitante o del paciente, traiga una copia al registro de pacientes ambulatorios de Touchette Regional Hospital, y no tiene que completar la parte restante de este solicitud. *(plan = Caridad Presunto)*

- Sin hogar
- Encarcelamiento en una institución penal
- Fallecido sin herencia
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- WIC
- Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Apoyo a la Vivienda de Alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- Quiebra en los últimos 6 meses
- Apoyo a la Vivienda de Alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- Programa de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Sección Tamaño de la familia/dependientes:

Número de personas que viven en su hogar

Dependientes (que viven en su hogar) Si necesita más espacio, escriba al dorso de esta hoja

Nombre	Fecha de nacimiento o edad	Relación contigo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección de Ingresos:

Nombre y ciudad del empleador:

Nombre y ciudad del empleador del cónyuge:

Si no está empleado, ¿cómo está cubriendo sus gastos de manutención?

Incluya todas las fuentes de ingresos, incluidos, entre otros, salarios, trabajo por cuenta propia, desempleo, discapacidad, seguridad social, pensión, manutención al menor, pensión, y/o algún otro ingreso fuentes)

Fuente de pago	Monto	Frecuencia (por semana, cada 2 semanas, cada mes)
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

Envíe un comprobante de ingresos (declaración de impuestos más reciente , talón de pago, comprobantes, etc.)

Sección de Certificación:

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para ayudar a pagar estos gastos médicos. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por mis proveedores médicos y los autorizo a contactar a los terceros necesarios para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si la información anterior no es cierta, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado puede ser revocada y seré responsable del pago de estos gastos médicos.

Firma del paciente (o aplicante)

Fecha

IMPORTANTE:

USTED PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:

Completando esta solicitud ayudará a Touchette Regional Hospital a determinar si puede recibir atención o servicios con descuento o, otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Por favor envíe esta solicitud al Registro del Hospital Regional de Touchette o Departamento de Servicio al Cliente dentro de los 60 días posteriores a la recepción del primer estado de cuenta.

También puede enviar por correo o fax su solicitud y toda la documentación de respaldo:

Touchette Regional Hospital
Attn: Angie Merten
 5900 Bond Ave
 Centreville, ILLINOIS 62207

Telefax: (618)332-5242