



**Belleville, IL**  
HSHS St. Elizabeth's Hospital

**Breese, IL**  
HSHS St. Joseph's Hospital

**Decatur, IL**  
HSHS St. Mary's Hospital

**Effingham, IL**  
HSHS St. Anthony's Memorial Hospital

**Highland, IL**  
HSHS St. Joseph's Hospital

**Litchfield, IL**  
HSHS St. Francis Hospital

**Springfield, IL**  
HSHS St. John's Hospital

**Streator, IL**  
HSHS St. Mary's Hospital

**Chippewa Falls, WI**  
HSHS St. Joseph's Hospital

**Eau Claire, WI**  
HSHS Sacred Heart Hospital

**Green Bay, WI**  
HSHS St. Mary's Hospital  
Medical Center  
HSHS St. Vincent Hospital

**Oconto Falls, WI**  
HSHS St. Clare Memorial Hospital

**Sheboygan, WI**  
HSHS St. Nicholas Hospital

**HSHS Medical Group**

**Prairie Cardiovascular**

## APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

**IMPORTANTE: USTED PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO**

Completar este aplicación te ayudará Hospital Sisters Health System determinar si puede recibir servicios gratis, con descuento, o otras programas publicas que pueden ha pagar por su atención médica. Por favor envíe esta aplicación al hospital.

SI TU NE TIENES SEGURO, EL NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL NO ES NECESARIO PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. SIN EMBARGO, el número de la seguridad social es necesario para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario proporcionar el número de la seguridad social, pero ayudará el hospital a determinar si usted califica para cualquier programa publica.

Por favor complete esta formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, correo electrónico, o fax para aplicar por atención gratis o con descuento dentro de 60 días después de la fecha de descarga o lel recibo de pacientes ambulatorios.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar a todo la informacion solicitada en el application para asistir el hospital a determinar si el paciente está eligible por asistencia financiera.

## DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que la información en este solicitud es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Voy a aplicar para cualquier asistencia del estado, federal o local para que yo pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que'l información proporcionada en esta solicitud puede ser verificada para asegurar su exactitude. Entiendo que si a sabiendas proveo información falsa en esta solicitud, será inelegible para la asistencia financiera, y la asistencia financiera concedida a mí puede ser invertido y será responsable del pago de la factura del hospital.

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

HSHS is sponsored by Hospital Sisters Ministries and the Hospital Sisters of St. Francis is the founding Institute.

Paciente o  
Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PROGRAMMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor proporcione copias de los siguientes elementos:

- Declaraciones de retención de W-2.
- Mas reciente declaración de impuestos del federal y el estado.
- Talones de pago recientes o de cheque de desempleo (durante los últimos 3 meses).
- Formas de aprobar o negar desempleo, Indemnización por Accidente o asistencia del Departamento de Asistencia Pública.
- Declaración anual de los beneficios de la Seguridad Social.
- Estados de cuenta de cheques o ahorros (durante los últimos 3 meses).
- Otros: Carta explicando su situación

Su cooperación con Hospital Sisters Health System (HSHS) es extremadamente importante para determinar su elegibilidad de asistencia financiera.

Por favor devuelva la solicitud con la documentación necesaria al hospital donde usted recibió su atención médica.

<b>WISCONSIN</b>	<b>ILLINOIS</b>
<p><b><u>ESTE DE WISCONSIN</u></b></p> <p>St. Mary’s Hospital – Green Bay, WI                      St. Vincent’s Hospital – Green Bay, WI                      St. Nicholas Hospital – Sheboygan, WI                      St. Clare Memorial Hospital – Oconto Falls, WI</p> <p>Todas las solicitudes completadas del Este de Wisconsin junto con todos los documentos adjuntos deberán enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Financial Services                      Atención: Financial Assistance Program                      PO Box 13508                      Green Bay, Wisconsin 54307</p> <p>Local – (920) 433-8122                      Llamada Gratis – (800) 211-2209                      Fax – (920) 431-3161</p>	<p><b><u>CENTRAL DE ILLINOIS</u></b></p> <p>St. John’s Hospital – Springfield, IL                      St. Francis’ Hospital – Litchfield, IL                      St. Mary’s Hospital – Decatur, IL                      St. Mary’s Hospital – Streator, IL</p> <p>Todas las solicitudes completadas de central de Illinois junto con todos los documentos adjuntos deberán enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Accounts Department                      Atención: Financial Assistance Program                      2343 South MacArthur Blvd.                      Springfield, Illinois 62704</p> <p>Local – (217) 525-5615                      Llamada Gratis – (888) 477-4221</p>
<p><b><u>OCCIDENTAL WISCONSIN</u></b></p> <p>St. Joseph’s Hospital – Chippewa Falls, WI                      Sacred Heart Hospital –Eau Claire, WI</p> <p>Todas las solicitudes completadas del occidental Wisconsin junto con todos los documentos adjuntos deberán enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Financial Services                      Atención: Financial Assistance Program                      900 West Clairemont Avenue                      Eau Claire, Wisconsin 54701</p> <p>Local – (715) 717-4141                      Llamada Gratis – (888) 445-4554                      Fax – (715) 717-4032</p>	<p><b><u>SUR DE ILLINOIS</u></b></p> <p>St. Elizabeth’s Hospital – Belleville, IL                      St. Joseph’s Hospital – Highland, IL                      St. Anthony’s Hospital – Effingham, IL                      St. Joseph’s Hospital – Breese, IL</p> <p>Todas las solicitudes completadas del sur de Illinois, junto con todos los documentos de acompañamiento deberán enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Accounts Department                      Atención: Financial Assistance Program                      211 South Third Street                      Belleville, Illinois 62220</p> <p>Local – (618) 234-8600</p>

# APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

## APLICANTE/ INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DEL APLICANTE: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

FECHA DE NACIMIENTO:

NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

NUMERO DE TELEFONO:

DOMICILIO (Ciudad, Estado, Código Postal):

DOMICILIO ANTERIOR (Ciudad, Estado, Código Postal):

Miembros de la Unidad Familiar	NOMBRE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL APLICANTE <i>Si es el Apicante, Mismo</i>	Vive en Casa		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	¿Paciente Actualmente?	
				Si	No		Si	No
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA:

¿Alguna de la siguiente información aplica a usted? De ser SI, marque todas las que aplican en su caso

Si usted marco SI a cualquiera de las siguientes declaraciones, por favor proporcione documentación/ verificación necesaria:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de vivienda   | <input type="checkbox"/> Inscritos en asistencia temporal para Familias Necesitadas (TANF)  |
| <input type="checkbox"/> Difunto sin ninguna herencia  | <input type="checkbox"/> Inscritos en el programa de apoyo a la vivienda de alquiler en la Autoridad de Desarrollo de la Vivienda en Illinois |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad mental sin nadie para actuar en nombre del paciente                                   | <input type="checkbox"/> Inscritos en el programa de asistencia de vivienda del Departamento de Servicios de Salud en Wisconsin               |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad para recibir Medicaid, pero no en la fecha de servicio o por servicios sin cobertura |   |
| <input type="checkbox"/> Encarcelamiento en una institución penal  |   |

Inscripción en los siguientes programas de asistencia para individuos de bajos recursos que cumplan con los criterios de elegibilidad del 200% o menos de las pautas federales de ingresos de la pobreza:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)             | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía a Hogares en Wisconsin (WHEAP)   |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)               | <input type="checkbox"/> Inscripción en un programa comunitario organizado que proporciona acceso a cuidado médico y evalúa y documenta los criterios de situación financiera de bajos ingresos |
| <input type="checkbox"/> Programa de Desayunos y Almuerzos gratuitos de Illinois                | <input type="checkbox"/> Recipiente de beca para asistencia de servicios médicos  |
| <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzos Gratuitos de Wisconsin                           |   |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía a Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) |   |

**Si usted marco SI a algunos de los programas antes mencionados, por favor pare y envíe esta aplicación con los documentos necesarios al domicilio correcto que se muestra en la página 2.**

¿Tiene usted cobertura o elegibilidad de cualquier póliza de seguro de salud, incluyendo cobertura foránea, Mercado de Seguros de Salud, Beneficios para Veteranos, Medicaid y/o Medicare? Si es así, por favor proporcione la siguiente información:

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

¿Tenía usted cobertura o elegibilidad bajo la póliza de seguro de salud de su cónyuge/pareja o de su ex-cónyuge/pareja, póliza de cobertura foránea, póliza de Mercado de Seguros de Salud, beneficios de Veteranos, póliza de Medicaid y/o Medicare para alguno o todos sus servicios médicos?

Nombre del ex-cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio de ex-cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

EMPLEO 1: MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DOMICILIO DEL EMPLEADOR(Ciudad, Estado, Código Postal):
---------------------------------	-----------------------	---

SALARIO (BRUTO): (CANTIDAD)	PERIODO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> 2 VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL	POR CUANTO TIEMPO: AÑOS _____ MESES _____	POSICION:
--------------------------------	---	--	-----------

EMPLEO 2: MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DOMICILIO DEL EMPLEADOR (Ciudad, Estado, Código Postal):
---------------------------------	-----------------------	--

SALARIO (BRUTO): (CANTIDAD)	PERIODO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> 2 VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL	POR CUANTO TIEMPO: AÑOS _____ MESES _____	POSICION:
--------------------------------	---	--	-----------

<b>INGRESOS NO GANADOS</b> La manutención de los hijos no necesita ser revelada si usted no desea que sea considerada como base para el pago de esta obligación.	TIPO DE INGRESO NO GANADO	MIEMBRO DE LA FAMILIA	CANTIDAD	PERIODO
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			

MANUTENCION DE LOS HIJOS : NOMBRE DE NIÑO (QUE RECIBE)	NOMBRE DE LA PERSONA / PADRE QUE PAGA	CANTIDAD	PERIODO
1.			
2.			

HOGAR: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propio	NOMBRE Y DOMICILIO DEL ARRENDADOR	PAGO DE RENTA:	FECHA DE PAGO:	PAGO DE CONTRATO:	PAGO DE HIPOTECA:
		PRECIO DE COMPRA:	FECHA DE COMPRA:	SALDO ADEUDADO:	VALOR ESTIMADO:

<b>ACTIVOS/RECURSOS</b> Los activos que cuentan incluye: efectivo, cuentas de cheques y ahorros, vehículos recreacionales, bienes raíces además de la casa y el terreno donde vive, una póliza de seguro de vida con valor de cobro, acciones y bonos.	TIPO DE ACTIVO	MIEMBRO DE LA FAMILIA	CANTIDAD	PERIODO	BANCO/ DESCRIPCION

CREDITO/CUENTAS RECURRENTES NOMBRE Y DOMICILIO DEL ACREEDOR	QUE FUE LO QUE COMPRO	CANTIDAD FINANCIADA	SALDO NO PAGADO	PAGO MENSUAL
1.				
2.				
3.				

GASTOS DE MANUTENCION DE LOS HIJOS MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE HACE EL PAGO	NOMBRE DEL NIÑO	CANTIDAD	PERIODO
1.			
2.			

Usted está pidiendo ayuda financiera por un tratamiento relacionado a:  Lesión de Trabajo  Accidente  Crimen  Cáncer  
De ser si, por favor proporcione los detalles: