



Saint Francis HEALTHCARE

Estimado Señor o Señora,

Haga favor de completar la solicitud adjunta de asistencia financiera para pacientes y envíela por correo a la dirección anterior, o envíe un correo electrónico a financialcounselors@sfmc.net o envíe un fax al (573) 331-5016. También puede llevar la solicitud a la ventanilla de cajeros del centro médico St. Francis. Recibirá una carta de aprobación o de rechazo una vez que su solicitud haya sido procesada.

Se requiere la siguiente documentación para el solicitante de la solicitud y para todos los miembros adultos del hogar antes de que se pueda procesar la solicitud. (Con el fin de ayudar en a un proceso rápido, esta lista de verificación se le proporciona para su conveniencia para garantizar que haya incluido toda la documentación requerida)

- Copias completas de sus formularios de impuestos federales actuales, que incluyen los formularios 1099 y W-2), o la verificación de no presentación del IRS (para obtener una copia, llame al 1-800-829-1040)

- Talonarios de nómina actual que muestran las ganancias actuales y de principio de año hasta la fecha

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina.

Saint Francis Healthcare System
Patient Accounts - Cuentas de Pacientes
Financial Assistant Programs - Programas de Asistencia Financiero
573-331-5217 Opción



Sección A- Información sobre el solicitante

Nombre completo (Apellido, Primero, Segundo):

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono Principal: _____ Número de seguridad social: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Estatuas de empleo: Empleado Desempleado

Si tuviese empleo, nombre del empleador: _____

Ocupación: _____

Sección B - Información sobre el cónyuge u otros adultos que viven en la residencia principal

Nombre completo (Apellido, Primero, Segundo):

Número de seguridad social: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Estatuas de empleo: Empleado Desempleado



Sección C – Información dependiente

Nombre del dependiente:	Fecha de nacimiento:	Relación con el solicitante:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sección D – Información financiera

Anota tus gastos mensuales (hipoteca, arrendar, utilidades, telefono, tarjetas de crédito, contrato a plazos, etc.)

Acreeedor:	Mensualidad:	¿Vencido? (Si / No):
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sección E- Seguro / Cobertura Médica

Tienes seguro: Si No

Si no: ¿Has solicitado Medicaid? Si No

Si si: ¿Cuál es su deducible anual? _____

¿Cuanto se ha cumplido? _____



Solicitud de Asistencia Financiera (cont.)

¿Tiene cobertura médica a través de un programa de gobierno? Si No

Si si: ¿Que programa? _____

¿Si Medicaid, tiene un monto de gasto reducido? Si No

Si si, indique el monto de gasto mensual: _____

Sección F- Servicio Solicitado

¿Tiene los servicios para los que solicita asistencia financiera ya prestados? Si No

Si si, liste las cuentas, fechas de servicio y saldos:

Número de cuenta :	Fecha de servicio:	Saldo de la cantidad:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si no, indique el servicio anticipado y el médico de pedido:

Comentarios adicionales:



Saint Francis
HEALTHCARE

Solicitud de Asistencia Financiera (cont.)

Sección G-Descargo de responsabilidad

Todo lo que he indicado en esta solicitud es correcto a mi leal saber y entender. El Centro Médico St. Francis está autorizado para verificar mi historial de crédito y empleo. Este programa solo cubrirá las facturas de Saint Francis Healthcare System. No cubrirá ningún servicio externo de Dr, como Cape Radiology o Pathology Associates, ni ningún otro médico contratista que preste servicios en el Centro Médico St. Francis. Esos proveedores facturarán sus servicios por separado.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma conjunta de los solicitantes: _____ Fecha: _____