



## Saint Francis HEALTHCARE

Estimado Señor o Señora,

Complete la solicitud de asistencia financiera para pacientes adjunta y envíela por correo:

Saint Francis Healthcare System  
ATTN: Patient Accounts  
211 Saint Francis Drive  
Cape Girardeau, MO 63703

financialcounselors@sfmc.net

Fax: 573-331-3887

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, contacto con nuestra oficina:

573-331-5217 Opción 2

Gracias



## 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

\* - Indica información opcional no requerida



**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

\* ¿Has solicitado Medicaid?      Si      No

Si si: ¿Cuál es su deducible anual? \_\_\_\_\_

¿Cuanto se ha cumplido? \_\_\_\_\_

\* - Indica información opcional no requerida



## 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: \_\_\_\_\_

\* - Indica información opcional no requerida