



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.

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