



Saint Francis
HEALTHCARE

Estimado Señor o Señora,

Por favor complete la solicitud de asistencia financiera para pacientes adjunta y envíela por correo a la siguiente dirección:

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

financialcounselors@sfmtc.net
Fax: 573-331-3887

También, puede llevar la solicitud a la ventanilla de cajeros del centro médico Saint Francis. Recibirá una respuesta de aprobación o' de rechazo una vez que su solicitud haya sido procesada.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nuestra oficina al número:
573-331-5217 Opción 2

Gracias,

Saint Francis Healthcare System

Solicitud de Asistencia Financiera

Sección A - Información sobre el solicitante

Nombre completo (Apellido, Primer Nombre, Segundo): _____

Domicilio actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono Principal: _____

*Número de Seguro social: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) _____

Estado de empleo: (elige uno) empleado desempleado

Si tiene empleo: Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

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

Nombre completo (Apellido, Primer nombre, Segundo): _____

*Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) _____

Estado de empleo: (elige uno) empleado desempleado

Sección C - Información de su depende

Nombre del depende	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Relación con el solicitante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* - indica información opcional no requerida

*Sección D - Información Financiera

Anota tus gastos mensuales (hipoteca, renta, 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 o' ayuda del estado? _____ Cuanto se ha cumplido? _____

¿Tiene cobertura médica a través de un programa del 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, 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:

Sección G-Descargo de responsabilidad

Todo lo que he indicado en esta solicitud es correcto y 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 doctores o' oficinas, 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