

**ADJUNTE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, Y LUEGO COMPLETE Y FIRME LA SOLICITUD**

<input type="checkbox"/> Copias de 2 recibos de sueldo de 30 días por todos los ingresos declarados	<input type="checkbox"/> Presente una carta en la que describa su situación financiera
<input type="checkbox"/> Copias de declaraciones de desempleo de 30 días	<input type="checkbox"/> Copias de los beneficios del Seguro Social (si corresponde)

¿Presentó la declaración de impuestos federales sobre la renta? Para solicitar una copia de sus impuestos, llame al 1-800-829-1040 (transcripción oficial, **sin formularios escritos a mano**)

Sí - Envíe las declaraciones de impuestos federales sobre la renta más recientes y los anexos correspondientes

No - Explique por qué

He solicitado o solicitaré asistencia médica estatal o federal

Sí (proporcione un N.º de seguimiento o carta de rechazo)  No-No soy ciudadano  No-Mayores ingresos  No-Otro motivo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**OTROS INGRESOS MENSUALES (Adjunte copias de los documentos para respaldar estos ingresos)**

Otros salarios	Varios Ingresos	Ingresos por discapacidad	Pensión alimenticia
Pensión	Ingresos por alquiler	Beneficios para veteranos	Desempleo

**PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE**

Marque una opción:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado legalmente (documentación requerida)

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)
---	--------------------------	-----------------------------------

Dirección del paciente/persona responsable:

Teléfono: Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado	Frecuencia de pagos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos meses	¿Tiene reclamos en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione la declaración de impuestos de quienes le reclaman.
---	---	--

Número de personas en el hogar (paciente, cónyuge y dependientes)	Nombre y dirección del empleador:
---	-----------------------------------

Fecha de contratación: (MM/DD/AAAA)	Desempleado: (MM/DD/AAAA) De: a:	Ingreso bruto promedio por mes: (monto sin deducción de impuestos) \$	SSI/SSDI mensual: \$
-------------------------------------	-------------------------------------	---	----------------------

La siguiente información es solicitada, pero no requerida

Raza: (no se requiere)	Etnia: (no se requiere)	Sexo: (no se requiere)	Idioma preferido: (No es necesario)
------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------------------

**CÓNYUGE (si corresponde)**

Marque una opción:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado legalmente (documentación requerida)

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)
---	--------------------------	-----------------------------------

Teléfono: Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado	Frecuencia de pagos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos meses	¿Tiene reclamos en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione la declaración de impuestos de quienes le reclaman.
---	---	--

Número de personas en el hogar (paciente, cónyuge y dependientes)	Nombre y dirección del empleador:
---	-----------------------------------

Fecha de contratación: (MM/DD/AAAA)	Desempleado: (MM/DD/AAAA) De: a:	Ingreso bruto promedio por mes: (monto sin deducción de impuestos) \$	SSI/SSDI mensual: \$
-------------------------------------	-------------------------------------	---	----------------------

La siguiente información es solicitada, pero no requerida

Raza: (no se requiere)	Etnia: (no se requiere)	Sexo: (no se requiere)	Idioma preferido: (No es necesario)
------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------------------

**DEPENDIENTES menores de 18 años de edad (si hay más de 3 dependientes, utilice una hoja aparte)**

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Declarado como persona a cargo	
1.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Certifico que la información presente en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal entender. Me postularé para cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local para la que resulte elegible para contribuir con el pago de la factura del hospital. Entiendo que es posible que el hospital verifique la información brindada, y autorizo al hospital a contactar a cualquier tercera parte para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que, si de manera consciente proporciono información no verídica en la presente solicitud, no resultaré elegible para obtener la asistencia financiera, que cualquier tipo de asistencia financiera que se me otorgue se podrá revertir y que será responsable del pago de la factura del hospital.

**SE EXIGE UNA FIRMA PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD**

Firma del paciente/persona responsable	Fecha
--	-------

## Estimado paciente:

Sabemos que algunos de nuestros pacientes necesitan ayuda para pagar su tratamiento y las facturas médicas elegibles.

La información que figura en esta solicitud nos ayudará a determinar si usted califica para cualquier tipo de asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestra solicitud de asistencia financiera, puede comunicarse al (800) 421-5700 o al (309) 683-6750. Las quejas o inquietudes con relación al proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro, o sobre nuestro proceso de asistencia financiera pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Gracias por confiar en OSF HealthCare para sus necesidades de salud y bienestar. Es un privilegio prestarle servicios con el mayor cuidado y amor.



**OSF**  
HEALTHCARE

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

Complete esta solicitud y entregue toda la documentación requerida a OSF HealthCare

Departamento de Servicios Financieros para el Paciente de OSF HealthCare (Illinois y Michigan)  
P.O. Box 1712,  
Peoria, IL 61656-1701  
(800) 421-5700 o  
(309) 683-6750  
Fax: (309) 308-3963

OSF Home Infusion Pharmacy  
2265 W. Altorfer Road,  
Peoria, IL 61615-1807  
Home Infusion Pharmacy:  
(800) 446-3009  
OSF Home Medical Equipment  
Equipo médico para el hogar:  
(877) 795-0416

Reenvíe su solicitud completa dentro de los 240 días posteriores a su primer estado de cuenta mediante una de las tres formas siguientes:

- Envíe su solicitud a través de su cuenta de OSF MyChart. (Si no tiene una cuenta de MyChart de OSF, llame a nuestra oficina para ayudarlo a crear una.)
- Visite [osfhealthcare.org/billing](http://osfhealthcare.org/billing), y busque “asistencia financiera”. Puede completar la solicitud y cargar los documentos necesarios en esta página.
- Imprima y complete su solicitud en papel y envíela junto con copias de sus documentos por correo, fax o dejándola en cualquier instalación de OSF.

Necesitará los siguientes documentos para solicitar asistencia financiera.

- Copia de la declaración de impuestos más reciente
- Copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes
- Copias de los 2 talones de pago más recientes
- Verificación por escrito de los ingresos del empleador, si estos se pagan en efectivo
- Otra forma razonable para la verificación de ingresos por una tercera parte, aceptada por OSF HealthCare

## Importante:

**PODRÁ RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO:**

Completar esta solicitud ayudará a OSF HealthCare a determinar si usted puede recibir servicios u otros programas públicos gratuitos o con descuento que puedan ayudar a pagar su atención médica.

**SI NO TIENE UN SEGURO, NO SE NECESITA EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.**

Sin embargo, si se requiere un número de Seguro Social para algunos programas médicos, como Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social. Sin embargo, proporcionará uno ayudará al hospital a determinar si usted califica para cualquier programa público.

El paciente reconoce que se ha esforzado de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud y así colaborar con el hospital para que este determine si el paciente resulta elegible para la asistencia financiera.

Si el paciente cumple los criterios de elegibilidad previstos o si se prevé de algún otro modo que será elegible en virtud de los ingresos familiares del paciente, el paciente no tendrá la obligación de completar la sección de la solicitud sobre gastos mensuales.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. OSF HealthCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. OSF HealthCare postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE OSF HEALTHCARE**