

[DEFINICIONES]

- **Ingresos derivados de inversiones:** Ingresos generados por la inversión de dinero o propiedad en negocios, en valores o en cualquier operación que tenga el fin de producir utilidades.
- **Dependientes:** Número de personas que el postulante puede declarar para exención personal en la declaración federal de impuestos.

[Para uso exclusivo de OSF HealthCare]

Fecha de recepción: _____

Nº de cuentas: _____

Saldo total adeudado: _____

Ingreso anual total: _____

Número de dependientes: _____

Activos: _____

Aprobado completamente: \$ _____

Aprobado parcialmente: % _____; \$ _____

Saldo adeudado después del ajuste \$ _____

Solicitud rechazada por las siguientes razones:

Firma: _____

Cargo: _____

Fecha: _____

OSF St. Francis Hospital
3401 Ludington St., Escanaba, MI 49829-1377
(906) 786-5707 ext. 5550

OSF Saint Anthony Medical Center
5666 E. State Street, IL 61108-2472
(815) 395-5070

OSF Saint James – John W. Albrecht Medical Center
2500 W. Reynolds Street, Pontiac, IL 61764
(815) 842-4902

OSF St. Joseph Medical Center
2200 E. Washington Street, Bloomington, IL 61701-7143
(309) 662-3311 ext. 1241.

OSF Saint Francis Medical Center
530 N.E. Glen Oak Avenue, Peoria, 61637-0002
(309) 686-6700 or 800-421-5700

OSF St. Mary Medical Center
3333 N. Seminary, Galesburg, IL 61401-1299
(309) 344-3161 ext 1121

OSF Saint Clare Home
5533 N. Galena Road, Peoria Heights, IL 61614
(309) 682-5428

OSF Medical Group Common Business Office
P.O. Box 1806, Peoria, IL 61656-1806
(800) 589-6070

OSF Home Care
2265 W. Altorfer Road, Peoria, IL 61615-1807
(309) 683-7725



OSF[®]
HEALTHCARE

800 N.E. Glen Oak Avenue
Peoria, Illinois 61603
www.osfhealthcare.org



[Estimado paciente]

La filosofía de OSF HealthCare es que todas las personas tienen derecho a recibir la atención de salud que necesiten. Nuestras puertas se encuentran abiertas a personas de todas las creencias y de todos los orígenes étnicos, independientemente de su capacidad de pago.

Brindamos ayuda a los pacientes para que obtengan el pago de parte de terceros como Medicaid y Medicare. Si cumple con los requisitos para afiliarse a Medicaid y no lo ha hecho hasta la fecha, lo podemos ayudar a postular.

También ofrecemos asistencia benéfica para los servicios de atención de salud que sean médicamente necesarios a las personas que cumplan con nuestros criterios financieros, siempre que entreguen los documentos necesarios. Se puede solicitar asistencia benéfica de OSF cuando aún exista un saldo adeudado de una cuenta después que hayamos recibido el pago de parte de terceros pagadores (como Medicaid, Medicare o una compañía de seguros) y si usted considera que no puede pagar el saldo completo.

Debe completar y firmar el formulario adjunto. Para determinar si usted puede optar a la atención benéfica utilizamos los criterios de ingreso que establece el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE.UU. Debemos verificar sus activos para saber si cumple con los requisitos. Por lo tanto, entregue oportunamente toda la información para que podamos ayudarlo lo más pronto posible.

Si tiene alguna duda sobre la **asistencia benéfica de OSF** o sobre cualquier otra oferta de ayuda, llame a la Oficina de Cuentas de Pacientes de nuestro establecimiento que le factura de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.

OSF HealthCare ofrece atención de salud de alta calidad y nos complace brindar esa atención a su familia. Esperamos trabajar estrechamente con usted para asegurarnos que los aspectos financieros de su atención se manejen con los mismos estándares de calidad.

Atentamente,
The Sisters of the Third Order of St. Francis

[Solicitud de asistencia benéfica de OSF] (UTILICE LETRA DE IMPRENTA)

Nombre	Paciente	Garante	Cónyuge
Dirección: Calle, ciudad, estado, código postal			
Teléfono particular			
Número de seguro social			
Fecha de nacimiento			
Empleador			
Teléfono del empleador			
Fecha de contratación			
Salario/salario por hora			
Nº de horas trabajadas por semana			
Salario bruto anual			
Sueldo Ajustado antes de deducciones (de la forma de impuestos federales)			

Número total de dependientes**?

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Estado: Sotero Casado Vivido Separado Divorciado

[Otros ingresos mensuales]

SS/SSI \$ _____ Asistencia social/del municipio \$ _____ Pensión de alimentos/para padres suplentes/manutención infantil \$ _____

Ingresos por alquiler \$ _____ Pensión \$ _____ Préstamo/beca estudiantil \$ _____ Fondo fiduciario \$ _____

Ingresos derivados de inversiones? y otros ingresos \$ _____ **Total de otros ingresos mensuales** \$ _____

[Activos]

Cuentas corrientes _____ Saldo de cuenta/Fecha _____

(Indique el nombre y dirección de la institución)

Cuentas de ahorros/del mercado monetario/de certificados de depósito _____ Saldo de cuenta/Fecha _____

(Indique el nombre y dirección de la institución)

Acciones/bonos/fondos mutuos _____ Valor de Mercado/Fecha _____

¿Recibí atención benéfica de OSF el año pasado? Si No Si la respuesta es sí, ¿de cuáles establecimientos? _____

[DOCUMENTACIÓN NECESARIA]

La asistencia benéfica de OSF está sujeta a que el postulante solicite primero a todos los otros beneficios médicos disponibles, entre los que se encuentran los beneficios de asistencia social, y se revocará si no lo hace. **Se debe adjuntar la siguiente documentación a la solicitud de asistencia benéfica de OSF completada y firmada** y se debe enviar al hospital de OSF HealthCare, a OSF Medical Group, al proveedor de OSF Home Care o a la casa de reposo de OSF que facture:

- _____ Copias de las cuatro colillas de pago más recientes.
- _____ Comprobantes de todos los beneficios de ingresos que recibe, incluidos los pagos por pensión, seguro social, desempleo, discapacidad, manutención infantil, pensión de alimentos y para padres suplentes.
- _____ Una copia de su declaración federal de impuestos más reciente que incluya todas las hojas suplementarias y los

Certifico que todo lo que se declara en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es correcto. Pueden quedarse con esta solicitud ya sea que se apruebe o no. Mediante mi firma abajo, los autorizo a que verifiquen toda la información presentada. Acepto complementar mi solicitud inmediatamente con cualquier cambio en mi situación financiera. La asistencia benéfica se puede extender a los tratamientos posteriores sujeto a la divulgación completa de cualquier información financiera solicitada. Entiendo que no puedo postular a asistencia benéfica y ésta se puede revocar si tengo una reclamación de responsabilidad civil pendiente, de indemnización por accidentes de trabajo, del seguro o si mi solicitud contiene información financiera falsa o incompleta.

Firma: _____

Fecha: _____

formularios W-2 y 1099. En el caso de no haberla presentado, su solicitud debe incluir una explicación de ello.

_____ La prueba de la denegación de los beneficios de asistencia social.

_____ Si está desempleado y no tiene una fuente de ingresos, una declaración que explique cómo paga sus gastos de mantenimiento básicos.

_____ En el caso de los proveedores de OSF Medical Group, ambos lados de las tarjetas de beneficios médicos e identificación de todas las personas cubiertas.

Si tiene alguna duda, comuníquese con el Departamento de Cuentas de Pacientes que factura por los servicios de atención de salud.