

Solicitud de asistencia financiera

Para ayudarnos a determinar si usted resulta apto para recibir asistencia financiera, complete la solicitud y entréguela. Adjunte todos los documentos enumerados en los formularios.

En caso de tener alguna duda o de necesitar ayuda para completar la solicitud, llámenos al 1-866-865-0363.

Envíenos por correo toda la documentación a la siguiente dirección:

Franciscan Alliance
 Coordinated Business Office
 2434 Interstate Plaza Drive, Suite 2
 Hammond, IN 46324

Número(s) de la cuenta: _____

Instrucciones: Adjunte copias de:

- Bonos, mercado monetario, acciones
- Declaraciones impositivas y documentación respaldatoria (últimos 2 años)
- En caso de ser jubilado, beneficios de Seguridad Social y cualquier jubilación
- Estado de resultados
- En caso de ser discapacitado, verificación de beneficios
- Recibos de sueldo (últimos 3 meses)
- Resúmenes bancarios (últimos 3 meses para todas las cuentas)
- Formulario W-2 o Declaración de desempleo
- Adjunte una explicación escrita en la que detalle su necesidad de asistencia financiera.
- Nota: En caso de necesitar más espacio, adjunte hojas adicionales

He solicitado o solicitaré Asistencia Médica Federal o Estatal

Sí No De ser No, indicar la causa _____

Tengo en trámite una demanda, una conciliación o una acción judicial por lesión o responsabilidad.

Sí No De ser Sí, detallar _____

He solicitado asistencia financiera previamente a otro establecimiento de Franciscan Alliance.

Sí No No estoy seguro

De ser Sí, indicar dónde _____ y cuándo _____

Paciente/parte responsable

Nombre del garante	Nombre del paciente	Número de seguro social del paciente	Fecha de nacimiento del paciente (DD, Mes, AAAA)
Domicilio			
Ciudad	Estado	Código postal	

Teléfono	Teléfono celular	Integrantes de la familia (Paciente, cónyuge y dependientes)	Estado civil	¿Figura usted en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Estudiante Estudiante de tiempo completo Estudiante de medio tiempo		Establecimiento educativo		
Empleo Tiempo completo Medio tiempo Autónomo Desempleado			Nombre del empleador	
Domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Ciudad			Estado	Código postal
Puesto			Antigüedad	Fecha en la que quedó desempleado/Plazo que lleva desempleado (DD, mes, AAAA)

Cónyuge

Nombre		Número de seguro social	Fecha de nacimiento (DD, Mes, AAAA)
Establecimiento educativo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo		Teléfono	Teléfono celular
Empleo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiempo completo Medio tiempo Autónomo Desempleado		Nombre del empleador	
Domicilio del empleador			Teléfono del empleador
Ciudad		Estado	Código postal
Puesto		Antigüedad	Fecha en la que quedó desempleado/Plazo que lleva desempleado (DD, mes, AAAA)

Dependientes (que viven en el hogar/establecimiento educativo)

Nombre completo	Vínculo	Fecha de nacimiento (DD, Mes,

Saldos de cuentas bancarias

Tipo de cuenta (Corriente, cuenta de ahorro)	Nombre del banco	Domicilio del banco	Saldo actual de la cuenta
Otras inversiones y títulos valores			

Cuenta de Jubilación Individual (IRA), Jubilación, 401K, 403B)			
Mercado monetario, acciones, bonos, certificados de depósito			
Valor en efectivo del seguro de vida			

Patrimonio en bienes inmuebles/propiedades sin incluir la residencia principal

Tipo	Detalle	Valor estimativo de la propiedad	Saldo impago de la hipoteca
Tierra			
Casas, además de la residencia principal			
Propiedades en alquiler			
Bienes comerciales			
Otros			

Ingresos familiares

Descripción de los ingresos (enumerar todos los tipos que correspondan)	Fuente	Monto mensual de ingresos
Salario, sueldo bruto y propina del paciente/persona responsable		
Salario, sueldo bruto y propina del cónyuge		
Intereses/dividendos, pensiones, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario, jubilación		
Seguros por desempleo, indemnizaciones por asistencia pública, indemnizaciones a veteranos, beneficios para sobrevivientes.		
Regalías, fideicomisos, ingresos testamentarios, beneficios por huelga, premios obtenidos en la lotería/juego		
Discapacidad/indemnización por accidente laboral		
Alimentos para el cónyuge/hijos		
Otros		

Acreeedores indicar cualquier otro pago, por ej. pagos bancarios, tarjetas de crédito u otros pagos médicos, etc.

Tipo	A quién	Saldo impago	Pago mensual
Hipoteca(s)			
Préstamos con garantía			
Préstamos personales			
Préstamos escolares			
Préstamos para automóviles			
Tarjetas de crédito			
Medicina: Responsabilidad			
Medicina: Responsabilidad			
Otros			

Certificación

Certifico que toda la información indicada y adjunta es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información será utilizada para determinar mi capacidad para abonar los servicios que presta Franciscan Alliance o una entidad afiliada y presto mi consentimiento a Franciscan Alliance y a todas las clínicas, hospitales y otras entidades afiliadas para divulgar la información según sea necesario con el fin de considerar mi solicitud de asistencia financiera. Por medio de la presente, presto mi consentimiento a Franciscan Alliance, a sus afiliadas y representantes o agentes para investigar la información incluida en el presente y para conseguir informes crediticios.

Firma del paciente/de la parte responsable	Fecha (DD, Mes, AAAA)
Firma del cónyuge/pareja	Fecha (DD, Mes, AAAA)