

Solicitud de asistencia financiera (FAA)

Datos demográficos del paciente

Nombre del paciente: apellido, primer nombre, segundo nombre	N.º de Seguro Social (en caso de que esté disponible)	Fecha de nacimiento	N.º de cuenta Lugar del servicio
Nombre del garante: apellido, primer nombre, segundo nombre	N.º de Seguro Social (en caso de que esté disponible)	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Dirección del paciente/garante	Condado de residencia	N.º de teléfono residencial	N.º de teléfono alternativo
Ciudad	Estado	Código postal	¿Es propietario de vivienda? Sí No
¿Ha solicitado Medicaid, o cualquier otra asistencia estatal o del condado? (Encierre en un círculo) Sí No			
Si su respuesta es Sí, indique lo siguiente:			
Fecha de solicitud:		Estado de la solicitud:	
Nombre del trabajador del caso:		Número de teléfono del trabajador del caso:	

Información familiar

Estado civil:	Casado/a	Soltero/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a
Nombres de los dependientes					
			Relación	Fecha de nacimiento	

Empleo/Ingresos y gastos familiares

Nombre del empleador del paciente/garante	Ingresos mensuales brutos: \$	Brinde verificación
Si los ingresos son \$0, explique el motivo.		Brinde documentación
Nombre del empleador del cónyuge	Ingresos mensuales brutos: \$	Brinde verificación
Si los ingresos son \$0, explique el motivo.		Brinde documentación
Otra fuente de ingresos:	Ingresos mensuales brutos: \$	Brinde verificación
LOS GASTOS NO SON NECESARIOS PARA LAS SOLICITUDES DEL CUERPO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD		
Gastos mensuales familiares	Gastos mensuales totales: \$	

IMPORTANTE: A fin de calificar para recibir asistencia, puede ser necesario al menos un documento de respaldo que verifique los ingresos familiares. La documentación de respaldo puede incluir, entre otros, la declaración de impuestos anual más reciente, un formulario W-2 actual, 1 mes de recibos de sueldo actuales, una carta de respaldo firmada, etc.

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR Y FECHAR LA SOLICITUD

Recuerde que su firma indica que está de acuerdo con adjuntar la verificación de ingresos.

- Certifico que la información que proporcioné es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
- Solicitaré, de manera independiente o con asistencia del personal del hospital, TODAS y CADA UNA de las asistencias que pueda tener a mi disposición a través del gobierno federal, estatal y local, y de fuentes privadas para que me ayuden a pagar esta factura de atención médica.
- Comprendo que si no coopero con mi proveedor de atención médica brindando la información solicitada, mi solicitud de posible asistencia financiera podría ser rechazada.
- Comprendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte de mi proveedor de atención médica (incluidas agencias de informe de crédito) y a revisión por parte de agencias federales y/o estatales, y otras agencias, según sea necesario.
- Comprendo que se me puede solicitar información adicional a fin de calificar para recibir asistencia.

Firma (Solicitante/Garante)	Fecha
------------------------------------	--------------

Enviar la solicitud y los documentos completos a la siguiente dirección:

Kentucky	Saint Joseph East	502-587-4540	Attn: EES/MECS P.O. Box 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Jessamine	502-587-4540	Attn: EES/MECS P.O. Box 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph London	502-587-4540	Attn: EES/MECS P.O. Box 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Martin	502-587-4540	Attn: EES/MECS P.O. Box 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Mt. Sterling	859-497-5130 or 859-497-5157	Attn: EES/MECS PO Box 7 Mt. Sterling, KY 40353
Kentucky	University of Louisville	502-562-4943	Attn: Admissions Department 530 South Jackson Street Louisville, KY 40202
Minnesota	LakeWood Health Center	844-286-5546	Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872
Minnesota	St. Francis Healthcare	844-286-5546	Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872
Minnesota	St. Gabriel's Hospital	844-286-5546	Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872
Minnesota	St. Joseph's Area Health Services	844-286-5546	Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872

Nebraska	CHI Health Saint Elizabeth regional	402-219-8868	Attn: EES/MECS 555 S 70th Street Lincoln NE 68510
Nebraska	CHI Health Saint Francis	308-398-5475	Attn: EES/MECS 10 East 31st Street Kearney NE 68847
Nebraska	CHI Health Good Samaritan	308-865-7179	Attn: EES/MECS 10 East 31 st Street Kearney NE