



Breese, IL
HSBS St. Joseph's Hospital

Decatur, IL
HSBS St. Mary's Hospital

Effingham, IL
*HSBS St. Anthony's Memorial
Hospital*

Greenville, IL
HSBS Holy Family Hospital

Highland, IL
HSBS St. Joseph's Hospital

Litchfield, IL
HSBS St. Francis Hospital

O'Fallon, IL
HSBS St. Elizabeth's Hospital

Shelbyville, IL
HSBS Good Shepherd Hospital

Springfield, IL
HSBS St. John's Hospital

Chippewa Falls, WI
HSBS St. Joseph's Hospital

Eau Claire, WI
HSBS Sacred Heart Hospital

Green Bay, WI
*HSBS St. Mary's Hospital
Medical Center
HSBS St. Vincent Hospital*

Oconto Falls, WI
*HSBS St. Clare Memorial
Hospital*

Sheboygan, WI
HSBS St. Nicholas Hospital

HSBS Medical Group
Prairie Cardiovascular

www.hshs.org

*Sponsored by Hospital
Sisters Ministries*

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

IMPORTANTE: Usted puede ser capaz de recibir atención gratuita o con descuento

Para completar esta solicitud le ayudará Hospital Sisters Health System de determinar si puede recibir servicios gratuitos o descuentos u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica. Favor de enviar esta solicitud al hospital.

Si no tiene seguro, número de seguro social no se requiere que califica para el cuidado gratis o con descuento. Sin embargo, unde seguro social se requierenúmero para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para los programas públicos.

Por favor completar este formulario y enviarlo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de aprobación de la gestión o la recepción de la atención ambulatoria.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para asistir al hospital para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar la asistencia de cualquier estado, federal o local para el que puedo ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud puede ser verificada para asegurar la exactitud. Yo que entiendo si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, y la ayuda financiera concedida a mí puede invertirse, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Paciente o
solicitante: _____
Firma del

Fecha: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor proporcione copias de los siguientes elementos:

- W-2 comprobantes de retención
- Más reciente declaración de impuestos federales/estatales
- De cheque/cheque de desempleo talones (últimos 3 meses) o una declaración escrita de las ganancias de su empleador (últimos 3 meses)
- Formas aprobar o denegar el desempleo, remuneración de los trabajadores o la asistencia del Departamento deayuda pública
- Estadode los beneficios anuales de la Seguridad Social
- Cuenta de ahorros/declaraciones (últimos 3 meses)
- Otros: carta explicando su situación

Su cooperación con las hermanas del hospital Health System (HSHS) se extremadamente importante para determinar su elegibilidad para asistencia financiera. Si no se proporciona esta información será motivo para denegar la asistencia financiera.

Por favor, devuelva la solicitud completa junto con la documentación requerida para las locatations que se enumeran a continuación:

Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Program
P.O. Box 13508
Green Bay, WI 54307-3508

HSHS St. Mary's Hospital - Green Bay, WI
HSHS St. Vincent Hospital - Green Bay, WI
HSHS St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI
HSHS St. Clare Memorial Hospital - Oconto Falls, WI

Local: 920/433-8122

Llamada Gratuita: 800/211-2209

ASISTENCIA FINANCIERA APLICACION

SOLICITANTE/INFORMACION RESPONSABLE DEL PARTIDO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	NUMERO DE TELEFONO:
----------------------	--------------------------	---------------------

DIRECCION DE LA CASA (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL):

DIRECCION ANTERIOR (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL):

LOS MIEMBROS DE UNIDAD FAMILIAR	HOGAR NOMBRE DEL MIEMBRO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL SOLICITANTE <i>Si el solicitante, si</i>	Viven en casa		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	De pacientes actual?	
				Si	No		Si	No
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA:

¿Algo de la información a continuación se aplican a usted? En caso afirmativo, marque lo que corresponda. Por favor proporcionar la documentación / verificación si marca SI a cualquiera de las siguientes afirmaciones:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La falta de vivienda <input type="checkbox"/> Fallecido sin raíces <input type="checkbox"/> Incapacitación mental sin nadie que actúe en nombre del <input type="checkbox"/> De elegibilidad Medicaid paciente, pero no en la fecha de los servicios o deno cubierta de servicios <input type="checkbox"/> Encarcelamiento en establecimientos penitenciarios | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inscrito en asistencia temporal para Familias Necesitadas (TANF) <input type="checkbox"/> Inscrito en el programa de alquiler de vivienda Apoyode la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois <input type="checkbox"/> Matriculado en el Departamento de Servicios de Salud Programa de asistencia para la Vivienda Wisconsin |
|--|---|

De inscripción en la siguiente asistencia para personas de bajos ingresos que tienen criterios de elegibilidad en o por debajo del 200% del directrices federal de pobreza:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mujer, bebés y Nutrición Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> De Illinois almuerzo gratis Desayuno Programa <input type="checkbox"/> Wisconsin Almuerzo libre Programa <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Hogares de bajos ingresos de Energía (LIHEAP) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Wisconsin (WHEAP) <input type="checkbox"/> Inscripción en un programa organizado basado en la comunidad acceso a la atención médica que evalúa y documentos limitados estado financiero de bajos ingresos como criterios de <input type="checkbox"/> recepción de asistencia concesión de servicios médicos |
|--|--|

Si marcó SI a cualquiera de los anteriores, por favor pase y enviar esta solicitud y la documentación de apoyo a la dirección apropiada, como se muestra en página 2.

¿Tiene cobertura o es elegible para cualquier póliza de seguro de salud, incluyendo la cobertura de divisas, seguros de salud del mercado, beneficios para veteranos, Medicaid y / o Medicare? En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información:

Tomador: _____

Asegurador: _____ Número de póliza: _____

¿tenía usted cobertura o elegible en virtud de un cónyuge / pareja o ex póliza de seguro médico cónyuge / pareja, política de cobertura exterior, la política de seguro de salud del mercado, beneficios para veteranos, Medicaid y / o la política de Medicare para todos o alguno de los servicios médicos?

Ex cónyuge / pareja nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección anterior cónyuge / pareja: _____

EMPLEO 1: FAMILIA MIEMBRO	DEL EMPLEADOR NOMBRE DEL:	DEL EMPLEADOR DIRECCION (ciudad, estado, codigo postal):
---------------------------	---------------------------	--

SALARIO (BRUTO): _____(CANTIDAD)	PERIODO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE <input type="checkbox"/> ANUALMENTE	LA DURACION: _____YR _____MO	PUESTO DE:
-------------------------------------	---	---------------------------------	------------

EMPLEO 1: FAMILIA MIEMBRO	DEL EMPLEADOR NOMBRE DEL:	DEL EMPLEADOR DIRECCION (ciudad, estado, codigo postal):
---------------------------	---------------------------	--

SALARIO (BRUTO): _____(CANTIDAD)	PERIODO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE <input type="checkbox"/> ANUALMENTE	LA DURACION: _____YR _____MO	PUESTO DE:
-------------------------------------	---	---------------------------------	------------

INGRESO NO DERIVADO DEL Soporte de niño no necesita ser revelada si no desea que se consideren como base para saldar esta deuda.	TIPO DE GANADOS INGRESO	FAMILIAR MIEMBRO	CANTIDAD	PERIODO	
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				

DE SOPORTE NIÑO: NOMBRE DEL NIÑO (recepción)	NOMBRE DE LA PERSONA/PADRE QUE PAGA	CANTIDAD	PERIODO
1.			
2.			

INICIO: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio	SU NOMBRE Y DIRECCION DE PROPIETARIO	ALQUILA PAGO:	FECHA LIMITE DE:	CONTRATO DE PAGO:	DE HIPOTECA:
		PRECIO DE:	LA FECHA DE COMPRA:	SALDO:	VALOR ESTIMADO:

ACTIVO/RECURSOS Activos que se cuentan incluyen: dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, vehiculos recreativos, bienes raices además de la casa o terreno que vivimos, un seguro de vida con un valor de rescate en efectivo, acciones y bonos.	TIPO DE ACTIVO	FAMILIAR MIEMBRO	CANTIDAD	PERIODO	BANCO / DESCRIPCIÓN	

DE CRÉDITO / RECURRENTE CUENTAS NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ACREEDOR	LO COMPRÓ	MONTO FINANCIADO	SALDO NO PAGADO	PAGO MENSUAL
1.				
2.				
3.				

GASTOS DE SOPORTE NIÑO MIEMBRO HACERDE PAGO	NOMBRE NIÑO	CANTIDAD	PERIODO
1.			
2.			

¿Estás buscando asistencia financiera para el tratamiento relacionado con: Lugar de trabajo injoy Accidente Crimen Cáncer
 En caso afirmativo, indique los detalles:

LA DISCRIMINACION ES CONTRA EL LEY

Hospital Sisters Health System (HSHS) cumple con las leyes federales aplicables se derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. HSHS no excluye la gente o tratar de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

HSHS ofrece ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:

- Calificados intérpretes de lengua de signos
- La información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

HSHS ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyos primaria idioma no es el Inglés, tales como:

- Los intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, por favor llame a los números de teléfono o números de TTY se enumeran a continuación.

Si usted cree que HSHS no ha podido proporcionar estos servicios o discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja con:

System Responsibility Officer and 1557 Coordinator
Hospital Sisters Health System
4936 Laverna Road
Springfield, Illinois 62707
Telephone: 1-217-492-6590
Fax: 1-217-523-0542

Usted puede presentar una queja en persona o por mail, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un oficial de la responsabilidad del sistema y los coordinadores de 1557 está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través de la Oficina de Portal queja de derechos civiles, disponibles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau:

Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer:

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer:

Deutsch (Pennsylvania Dutch)

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff:

Français (French)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le:

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero:

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa:

Tieng Viet (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số:

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните:

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 번으로 전화해 주십시오.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें।

اُردُو (Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電。

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະນາພາສາ, ໂດຍບໍ່ແຈ້ງຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ.

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم).

HSHS St. Mary's Hospital, Green Bay, WI
1-920-498-4200; TTY via WI Relay: 1-800-947-6644

HSHS St. Vincent Hospital, Green Bay, WI
1-920-433-0111; TTY via IL Relay: 1-800-947-6644

HSHS St. Nicholas Hospital, Sheboygan, WI
1-920-459-8300; TTY via IL Relay: 1-800-947-6644

HSHS St. Clare Memorial Hospital, Oconto Falls, WI
1-920-846-3444; TTY via IL Relay: 1-800-947-6644