



ALEXIAN
BROTHERS
Hospital Network

INFORMACION IMPORTANTE

****Regresar la solicitud en 30 dias****

Regresar a: Alexian Brothers Health Network Oficina Central
Attn: Dpto. de Asistencia
3040 Salt Creek Lane
Arlington Heights, IL. 60005

AYUDA FINANCIERA DIRECTIVAS DE ELEGIBILIDAD

Abajo esta la lista de informacion importante que necesitara saber con respecto a su solicitud para ayuda financiera.

Todos los documentos de verificacion deben ser sometidos dentro de un plazo de 30 dias de la fecha que usted solicito la ayuda. Si los documentos de verificacion no se reciben dentro de este periodo de 30 dias, asumiremos que su situacion financiera ha mejorado y ya no requiere de mas de nuestra ayuda. Favor de llamar a nuestro departamento de resoluciones de cuenta para establecer un plan de pagos para el cobro del hospital.

INFORMACION IMPORTANTE:

Su elegibilidad para ayuda financiera es basada segun las Directivas Federales de Pobreza definidos en el Registro Federal.

Por favor proveanos por escrito con cualquier situacion atenuante familiar que se pueda considerar el determinacion final de ayuda financiera.

PRUEBAS DE INGRESOS:

Para establecer sus Ingresos Anuales, se requiere la siguiente documentacion.

- * Los ultimos (4) talones de sus cheques de empleo, un registro de contabilidad por los ultimos 12 meses si tiene su propio negocio, prueba de apoyo financiero para su(s) hijo (s), copia de cheques de desempleo, carta de beneficios de Seguro Social o carta de ingresos de su trabajo.
- * Copia de la forma W2 / 1099 mas reciente.
- * Copia de su forma completa de Impuestos Federales mas reciente
- * Carta de su Declaracion de Hogar y Pension si es aplicable.
- * Ultimos (3) estados (completos) de cuenta del banco (cuenta de cheques y ahorros).
- * Si no tiene uno de los documentos requeridos, por favor mande una carta explicando el motivo de no tener el documento. Esto ayudara con la determinacion para ayuda financiera.

PREGUNTAS?

Favor de llamar a el departamento de asistencia al. 866/690-3370, o por correo electronico a alexianassistance@alexian.net

Determinacion de Elegibilidad para Ayuda Financiera Alexian

Nombre del Paciente _____

Numero(s) de Cuenta: _____

Nombre de la Persona Responsable _____

Yo entiendo que la informacion, la cual sometere refiriendo a mis ingresos anuales y puede ser sujeto a verificacion.

Apellido Nombre Inicial # de Telefono

Direccion Ciudad/Estado Codigo Postal

Nombre y Direccion del lugar de empleo:

Nombre y Direccion del lugar de Empleo de su esposa(o):

Numero de Seguro Social de la Persona Responsable

Por favor agregue los nombres de todos los miembros de su familia quienes viven con usted (incluyendo a usted mismo).

Nombre

Edad

Relacion

FORMULARIO DE REVELACION FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____

Numero(s) de Cuenta: _____

Nombre de la Persona Responsable _____

Agregue Todos los Recursos para sus Ingresos Mensuales

Sueldo de la Persona Responsable \$ _____ Pension \$ _____

Sueldo de su Esposa(o) \$ _____ Pension \$ _____

Seguro Social \$ _____ Desempleo \$ _____

Apoyo de hijos (child support) \$ _____

Otros Ingresos \$ _____

Ingresos de Inversiones \$ _____

Assets Disponibles: _____

Cuenta Chequera \$ _____ Cuenta de Ahorros \$ _____

CDs/Mercado Monetario (Money Market) \$ _____

Reservas/Bonos/IRAs/Propiedad \$ _____ Otro \$ _____

Gastos Mensuales: _____

Renta/Hipoteca/Hogar y Pension \$ _____

Seguro Medico \$ _____ Gastos Medicos \$ _____

Prestamos \$ _____ Otros Gastos \$ _____

Total de Gastos Mensuales \$ _____

Aqui afirmo que la informacion que he proveido en este documento es la verdad y es preciso a lo mejor de mi conocimiento.

Firma

Fecha

DECLARACION DE HOGAR Y PENSION

Fecha:

Nombre del Paciente:

Numero(s) de Cuenta:

Nombre: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Relacion: _____

A Quien le Sea Importante:

Yo le he prove do hogar y pension a _____

Por aproximadamente los ultimos _____.

Yo puedo continuar en proveerle hogar y pension a la persona mencionada arriba, pero no podre contribuir a sus gastos Medicos.

Fecha

Firma