



Estimado Paciente / Garante,

Actualmente estamos revisando su cuenta. Para revisar esta cuenta para recibir asistencia financiera, solicitamos los siguientes documentos:

- A. Una solicitud de evaluación financiera completa.
- B. Copia de su declaración de impuestos del año pasado y su extracto bancario más reciente para todas las cuentas Corrientes y de ahorro.
- C. Copia de su(s) recibo(s) de pago del período más reciente de cuatro semanas, cheque(s) de desempleo, Declaración(es) de beneficios del Seguro Social y/o Declaración(es) de beneficios de pensión/jubilación para el hogar.
- D. Carta de apoyo; si recibe apoyo financiero, de vivienda, comida/ropa y/u otro tipo de apoyo de familiares, amigos y/o de una organización que no sea su cónyuge.
- E. Si recibe vivienda subsidiada por el gobierno, SNAP (cupones de alimentos) o algún miembro de su familia inmediata tiene SoonerCare/Medicaid, proporcione también prueba de estos documentos.

Estos elementos son necesarios para documentar sus condiciones financieras y para que podamos procesar su solicitud de asistencia.

Por favor devuelva los artículos solicitados lo antes posible. Puede llamar al (918) 494-6500 si tiene alguna pregunta. Será contactado si se necesita alguna información adicional y también para informarle de la decisión tomada. Gracias por elegir Saint Francis Health System para sus necesidades de atención médica.

Volver a:
Attn: Financial Counseling
Saint Francis Health System
6161 S Yale Ave
Tulsa, OK 74136

Atentamente,
Sistema de Salud del Saint Francis
Servicios Financieros al Paciente

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RESIDENTE DE OKLAHOMA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HA SOLICITADO USTED ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAID) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE MES
TRABAJA USTED O SU CÓNYUGE POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PRESENTÓ USTED UNA DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DECLARACIÓN ESTATAL DE IMPUESTOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIENE USTED SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿SE HA INSCRITO EN EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No - Si no, ¿por qué no?				

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE	SOLICITANTE		CÓNYUGE DEL SOLICITANTE	
	NOMBRE		NOMBRE	
	DIRECCION		CIUDAD	ESTADO
			CÓDIGO POSTAL	
	TELÉFONO ()	TELÉFONO CELULAR ()	TELÉFONO ()	TELÉFONO CELULAR ()
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
	EMPLEADOR		EMPLEADOR	
	SI ESTÁ DESEMPLEADO, INDIQUE LA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ		SI ESTÁ DESEMPLEADO, INDIQUE LA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ	
FECHA DE RECEPCIÓN DEL ÚLTIMO PAGO		FECHA DE RECEPCIÓN DEL ÚLTIMO PAGO		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y EL PACIENTE	INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN EL HOGAR				
	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	RELACIÓN	NUMERO DE SEGURO SOCIAL

INGRESO FAMILIAR <small>Indique el monto de ingresos en cada caso</small>	Paciente				
	SALARIO / SUELDO / PROPINAS	INTERESES / DIVIDENDOS	MANUTENCIÓN	SEGURIDAD SOCIAL	PENSIÓN / RETIRO
	INCAPACIDAD	DESEMPLEO	INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO	TRABAJADOR AUTÓNOMO – ADJUNTAR ANEXO C	
	SALARIO / SUELDO / PROPINAS	INTERESES / DIVIDENDOS	MANUTENCIÓN	SEGURIDAD SOCIAL	PENSIÓN / RETIRO
Cónyuge					
INCAPACIDAD	DESEMPLEO	INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO	TRABAJADOR AUTÓNOMO – ADJUNTAR ANEXO C		

RECURSOS FAMILIARES <small>Indique valor actual</small>	Cuenta(s) Corriente(s)	
	Cuenta(s) de Ahorro	
	IRA / 401K / 430B	
	Vales de alimentos (indique monto percibido)	WIC <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Se requiere acreditación de requisitos)
	PROPIEDAD (CASA U OTRO BIEN PERSONAL APARTE DE SU RESIDENCIA) - DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN	VIVIENDA DE ESCASOS RECURSOS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Se requiere acreditación de requisitos)
	VALOR DE MERCADO	\$
ES ESTA SERVICIO DE HOSPITAL / SERVICIO DE MÉDICO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN PERSONAL / ACCIDENTE DEL QUE ESPERA SER RESARCIDO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL MONTO ESPERADO	\$

Declaro haber leído el presente documento. Me lo han proporcionado en formato impreso o explicado en mi lengua materna y lo he comprendido. Certifico que toda la información sobre ingresos y bienes es verdadera. Entiendo que la información que presento con respecto a mis ingresos, activos, pasivos y conformación de la familia está sujeta a verificación. Por el presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria por parte de personas, establecimientos educativos, empresas, organizaciones públicas o privadas para determinar mi elegibilidad. Cedo y transfiero a Saint Francis Health System todos mis derechos a los beneficios, el dinero y las sumas pagaderas a mí en concepto de hospitalización, enfermedad o cobertura de accidentes. Entiendo que la falta de divulgación de información y / o pagos dará lugar a la denegación de la solicitud.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	HORA
PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO, EN CASO DE NO SER EL PACIENTE – FIRMA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA
		HORA

INTÉRPRETE / TESTIGO – FIRMA

PATIENT LABEL

FECHA _____ HORA _____

