Solicitud de asistencia financiera

Estimado paciente:

IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE ESTÉ APTO PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: al completar esta solicitud ayudará a SSM Health a definir si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que ayuden a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, sí necesita un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de seguro social, pero ayudará al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo en el hospital personalmente, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de alta o de recepción de atención ambulatoria.

El paciente reconoce haber hecho esfuerzos de buena fe por proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si reúne o no los requisitos para obtener asistencia financiera.

LISTA DE VERIFICACIÓN:

- ☐ **Completar y firmar/fechar la solicitud (no puede procesarse sin una firma)**
- ☐ **Documento de declaración federal de impuestos más reciente (o carta de no presentación)**
- ☐ **Estados de cuenta detallados de los tres meses más recientes (cuentas corrientes y cajas de ahorros)**
- ☐ **Comprobantes de ingresos brutos de los dos meses más recientes (todos los integrantes del núcleo familiar)**

Tenga presente: SSM Health no podrá determinar su elegibilidad sin la documentación adecuada. Asegúrese de haber reunido todos los documentos necesarios. De no enviar todos los documentos requeridos, podría retrasarse el procesamiento de su solicitud.

Envíe copias de la documentación sin ninguna alteración y sin grapas. SSM no podrá devolver documentos originales que sean tenidos en cuenta para su asistencia financiera.

Los pacientes considerados elegibles para Presumptive Charity también deberán completar esta solicitud.

Si necesita ayuda para completar sus solicitudes o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de SSM Health al **(855) 989-6789**.

Por correo postal
SSM Health: Patient Business Services
Atención: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132

Por fax
(314) 989-6734

Por correo electrónico
financialaid@ssmhealth.com

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Illinois
- □ Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- □ St. Mary's Hospital (Centralia)

Missouri
- □ St. Francis Hospital and Health Services
- □ SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- □ SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- □ SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- □ SSM DePaul Health Center
- □ SSM St. Louis University Hospital

Missouri
- □ SSM St. Clare Health Center
- □ SSM St. Joseph Health Center
- □ SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- □ SSM St. Joseph Hospital West
- □ SSM St. Mary's Health Center

Oklahoma
- □ Bone & Joint St. Anthony Hospital
- □ St. Anthony Hospital
- □ St. Anthony Shawnee Hospital

Wisconsin
- □ St. Clare Hospital
- □ St. Mary's Hospital (Madison)
- □ St. Mary's Janesville Hospital

ID del garante: _____
(para uso en la oficina solamente)

A fin de evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud, complete TODOS los campos que correspondan.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento**	**Número de teléfono**	**N.º de cuenta del paciente**	
Dirección actual:	**N.º de dpto.**	**Ciudad/estado/código postal**	☐**Alquiler** ☐**Propio**	**Vive con sus padres/otros** ☐**Sí** ☐**No** Si responde "Sí", será preciso enviar la declaración del colaborador al paciente para que la complete.
Número del seguro social: ☐ **Sin número del seguro social**	**Estado civil**	**Tamaño de la familia:** (Complete a continuación la sección Núcleo familiar)	**Asegurado:** ☐**Sí** ☐**No**	**¿Ha solicitado Medicaid?** ☐**Sí** ☐**No** Incluya su carta de determinación.
Empleado: ☐**Sí** ☐**No**	**Empleador:**	**¿Años de empleo?**	**Si está desempleado, nombre al último empleador que tuvo y las fechas en las que trabajó:**	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)

Nombre del garante:	**Fecha de nacimiento**	**Número de teléfono**	**N.º de cuenta del paciente**	
Dirección actual:	**N.º de dpto.**	**Ciudad/estado/código postal**	☐**Alquiler** ☐**Propio**	**Vive con sus padres/otros** ☐**Sí** ☐**No** Si responde "Sí", será preciso enviar la declaración del colaborador al paciente para que la complete.
Número del seguro social: ☐ **Sin número del seguro social**	**Estado civil**	**Tamaño de la familia:** (Complete a continuación la sección Núcleo familiar)	**Asegurado:** ☐**Sí** ☐**No**	**¿Ha solicitado Medicaid?** ☐**Sí** ☐**No** Incluya su carta de determinación.
Empleado: ☐**Sí** ☐**No**	**Empleador:**	**¿Años de empleo?**	**Si está desempleado, nombre al último empleador que tuvo y las fechas en las que trabajó:**	

INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

Adjunte una hoja aparte para los miembros adicionales del núcleo familiar e incluya todos los documentos necesarios.

Apellido	Primer nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	¿Empleado? (incluir documentación)	¿Estudiante a tiempo completo? (incluir documentación)	Ingreso mensual (incluir documentación)	¿Dependiente? (incluir documentación)
		USTED MISMO		☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		
				☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		☐Sí ☐No ☐ Sin SSN
				☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		☐Sí ☐No ☐ Sin SSN
				☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		☐Sí ☐No ☐ Sin SSN
				☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		☐Sí ☐No ☐ Sin SSN
				☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		☐Sí ☐No ☐ Sin SSN
				☐Sí ☐No Empleador:	☐Sí ☐No ¿Visa de estudiante? ☐Sí ☐No		☐Sí ☐No ☐ Sin SSN

Incluya una prueba de ingresos brutos para lo siguiente (incluido, entre otros): salario, seguro social (carta de adjudicación), pensiones, compensación por desempleo/del trabajador, pensión alimenticia personal o para hijos, asistencia gubernamental, pagos por discapacidad, beneficios por huelga, becas/subsidios, dividendos/intereses, ingresos por rentas, efectivo por servicios, etc. Los estudiantes internacionales deberán presentar la visa de estudiante y su agenda académica vigente. **Los estados de cuenta bancaria no son comprobantes ni prueba de ingresos.**

Tenga presente: en función de las circunstancias de su solicitud, podemos solicitar documentos adicionales (por ejemplo, entre otros, facturas del núcleo familiar, facturas médicas, certificado de ingresos y sustento, informes crediticios, y otra evidencia de necesidad de ayuda financiera).

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Illinois
- □ Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- □ St. Mary's Hospital (Centralia)

Missouri
- □ St. Francis Hospital and Health Services
- □ SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- □ SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- □ SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- □ SSM DePaul Health Center
- □ SSM St. Louis University Hospital

Missouri
- □ SSM St. Clare Health Center
- □ SSM St. Joseph Health Center
- □ SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- □ SSM St. Joseph Hospital West
- □ SSM St. Mary's Health Center

Oklahoma
- □ Bone & Joint St. Anthony Hospital
- □ St. Anthony Hospital
- □ St. Anthony Shawnee Hospital

Wisconsin
- □ St. Clare Hospital
- □ St. Mary's Hospital (Madison)
- □ St. Mary's Janesville Hospital

ID del garante: _____
(para uso en la oficina solamente)

ACTIVOS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Solamente marque las casillas si ningún miembro del núcleo familiar tiene activo(s) seleccionado(s)

Nombre del integrante del núcleo familiar	Cuenta(s) corriente(s) Nombre del banco	N.º de cta. y saldo	Caja(s) de ahorro Nombre del banco	N.º de cta. y saldo	Otros (IRA, CD, etc.)	Saldo
Marque solamente si ningún miembro del núcleo familiar tiene:	☐**Cuenta(s) corriente(s)**		☐**Caja(s) de ahorro(s)**		☐**Ninguna otra forma de activo líquido**	

Nombre del integrante del núcleo familiar	Cuenta de ahorros para gastos médicos/cuenta de gastos flexible (valor)	Vehículo (año/marca/modelo)	Valor del Vehículo	Bienes inmuebles (residencia principal, inmuebles alquilados, etc.)	Valor de los bienes inmuebles	Otros/Valor
Marque solamente si ningún miembro del núcleo familiar tiene:	☐**Cuenta flexible/HSA**	☐**Vehículo de uso familiar**		☐**Bienes inmuebles**		☐**Nada**

Adjunte una hoja aparte para la información adicional sobre activos e incluya todos los documentos necesarios.

PASIVOS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Escriba N/C en todas las líneas que no correspondan

Gasto	Mensual	Saldo pendiente
Alojamiento		
Servicios		
Alimentos		
Transporte		
Cuidados infantiles		
Préstamos		
Gastos médicos		
Otros gastos (detallar)		
Otros:		

Adjunte una hoja aparte para la información adicional sobre pasivos. ***Solo para pacientes que reciban atención en hospitales de Illinois: Si el paciente reúne los criterios de supuesta elegibilidad descritos en el 77 ILAC 4500.40 o es supuestamente elegible de otro modo, debido a los ingresos de su núcleo familiar, no estará obligado a completar esta sección de la solicitud****

***** Los pacientes que reciben atención de una Clínica de salud rural de SSM/lugar miembro del Cuerpo de Servicio de Salud Nacional, no están obligados a completar esta sección de la solicitud*****

ACUERDO DEL PACIENTE

Certifico que la información que consta en esta solicitud es fiel e íntegra a mi leal saber y entender. Solicitaré toda asistencia estatal, federal o local para la que pudiera calificar a fin de ayudar a pagar la factura de este hospital. Entiendo que la información proporcionada será verificada por el hospital, y lo autorizo a comunicarse con terceros a fin de verificar la exactitud de la información incluida en esta solicitud. Entiendo que si, a sabiendas, hubiera proporcionado información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, se me retirará toda asistencia financiera que se me hubiera otorgado y seré responsable del pago de la factura del hospital.

_____ _____

Firma del paciente Fecha Firma del cónyuge (o parte responsable) Fecha

Método preferido de contacto: ☐ Teléfono: (____)_____-_____ ☐ Correo electrónico: _____ ☐ Otro: _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Illinois
- □ Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- □ St. Mary's Hospital (Centralia)

Missouri
- □ St. Francis Hospital and Health Services
- □ SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- □ SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- □ SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- □ SSM DePaul Health Center
- □ SSM St. Louis University Hospital

Missouri
- □ SSM St. Clare Health Center
- □ SSM St. Joseph Health Center
- □ SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- □ SSM St. Joseph Hospital West
- □ SSM St. Mary's Health Center

Oklahoma
- □ Bone & Joint St. Anthony Hospital
- □ St. Anthony Hospital
- □ St. Anthony Shawnee Hospital

Wisconsin
- □ St. Clare Hospital
- □ St. Mary's Hospital (Madison)
- □ St. Mary's Janesville Hospital

ID del garante: _____
(para uso en la oficina solamente)

Resumen de asistencia financiera

SSM Health tiene el compromiso de proporcionar asistencia financiera a las personas que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente, que no reúnan los requisitos para un programa gubernamental o que, de otro modo, no puedan pagar la atención necesaria desde el punto de vista médico. SSM Health proporcionará atención para afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su capacidad de pago.

La asistencia financiera está disponible según una escala móvil. La necesidad financiera de cada solicitante se basa en los niveles federales de pobreza, que tienen en cuenta los ingresos y la cantidad de integrantes del núcleo familiar. La necesidad financiera no tiene en cuenta la edad, el sexo, la raza, el nivel social, la calidad de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa. SSM Health limita la cantidad que se cobra por la atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico proporcionada a pacientes elegibles para asistencia financiera en virtud de esta póliza sin superar los cargos brutos por atención multiplicados por el porcentaje de AGB.

Para solicitar ayuda financiera, debe completar una Solicitud de asistencia financiera. Llame al **(855) 989-6789** o visite **ssmhealth.com/financialaid** para obtener una solicitud gratuita. Junto con su solicitud, usted debe presentar la siguiente documentación:

- Estados de cuenta de ahorro y cuentas corrientes (los últimos tres meses)
- Comprobantes de ingresos (los últimos dos meses)
- Declaración federal de impuestos del año pasado o carta de no presentación

Los pacientes no asegurados reciben automáticamente un descuento en su factura. Esto se especificará en su estado de cuenta. No lo descalifica para obtener asistencia financiera. En el caso de pacientes sin seguro, la asistencia financiera se aplica después del descuento.

Los pacientes que no tengan una cobertura de seguro suficiente probablemente también califiquen para la asistencia.

Nuestros asesores financieros pueden ayudar a determinar su elegibilidad para la asistencia financiera. Si correspondiera, podemos ayudarlo a solicitar Medicaid o a elaborar un plan de pagos.

Se espera que los pacientes colaboren con el proceso de Solicitud de asistencia financiera de SSM Health. La elegibilidad para la asistencia financiera podría estar restringida para los residentes de las áreas de servicio primario de los centros de atención de SSM Health. En los casos en los que un paciente parezca elegible para asistencia financiera pero no hubiera evidencia disponible, SSM Health puede emplear agencias externas para definir la elegibilidad.

Puede encontrar traducciones de la política de asistencia financiera, las políticas de facturación y cobranza, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia financiera en **ssmhealth.com/financialaid** en los siguientes idiomas: español, alemán, chino, vietnamita, francés, serbocroata, coreano, ruso, tagalo, árabe, miao y laosiano.

Según se solicite, se proporciona en forma gratuita una copia de nuestra política de facturación y cobranza, que describe las medidas que podría tomar SSM Health ante la falta de pago.

SSM Health podrá, en cualquier momento, revisar los criterios que definen la elegibilidad para la asistencia financiera.

Presente la solicitud y toda la documentación solicitada por correo, correo electrónico, fax o personalmente. Tenga por seguro que SSM Health entiende lo delicada que es su información personal y se esforzará por proteger su privacidad.

Por correo postal
SSM Health: Patient Business Services
Atención: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132

Por fax
(314) 989-6734

Por correo electrónico
financialaid@ssmhealth.com

Personalmente

Consulte al asesor financiero del centro en el que recibió atención. A continuación se incluyen las direcciones.

Wisconsin

St. Clare Hospital
707 14th St.
Baraboo, WI 53913

St. Mary's Hospital
700 S. Park St.
Madison, WI 53715

St. Mary's Janesville Hospital
3400 E. Racine St.
Janesville, WI 53546

Illinois

St. Mary's Hospital - Centralia
400 N. Pleasant Ave
Centralia, IL 62801

Good Samaritan Regional Medical Center - Mount Vernon
1 Good Samaritan Way
Mount Vernon, IL 62864

Missouri

SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
1465 S. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63104

SSM DePaul Health Center
12303 DePaul Dr.
St. Louis, MO 63044

SSM St. Joseph Health Center
300 First Capitol Drive
St. Charles, MO 63301

SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
500 Medical Drive
Wentzville, MO 63385

SSM St. Joseph Hospital West
100 Medical Plaza
Lake Saint Louis, MO 63367

Missouri

SSM St. Mary's Health Center
6420 Clayton Rd.
Richmond Heights, MO 63117

SSM St. Clare Health Center
1015 Bowles Ave.
Fenton, MO 63026

SSM St. Louis University Hospital
3656 Vista At Grand Blvd.
St. Louis, MO 63110

SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
2505 Mission Dr.
Jefferson City, MO 65109

SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain
620 E. Monroe
Mexico, MO 65265

Missouri

St. Francis Hospital and Health Services
2016 South Main Street
Maryville, MO 64468

Oklahoma

Bone & Joint St. Anthony Hospital
1111 N. Dewey Ave.
Oklahoma City, OK 73103

St. Anthony Hospital
1000 N. Lee
Oklahoma City, OK 73102

St. Anthony Shawnee Hospital
1102 W. Macarthur St.
Shawnee, OK 74804