



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Fecha enviada _____

Centro/ Hospital _____ No. de cuenta _____
 Apellido del paciente _____ Nombre de pila _____ Inicial 2do nombre _____
 No. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Teléfono _____
 Dirección del paciente _____
 Empleador _____ Empleador del cónyuge _____

Miembros de la familia (Liste su cónyuge e hijos dependientes menores de 18 años que vivan bajo su mismo techo, o como aparecen enumerados en sus impuestos, y su(s) fecha(s) de nacimiento:

<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
1. _____ / _____	4. _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
2. _____ / _____	5. _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
3. _____ / _____	6. _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

LOS SOLICITANTES DEBEN PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO ENVÍO, A:

*Bon Secours Financial Assistance Program
 P.O. Box 742431
 Atlanta, GA 30374-2431*

LOS PACIENTES SIN SEGURO DEBEN PARTICIPAR CON NUESTRO PROVEEDOR DE ELEGIBILIDAD DE SEGURO ANTES DE RECIBIR ASISTENCIA SI NO LO HA HECHO TODAVIA. LA DECISIONES SE DARÁN A CONOCER DENTRO DE LOS 60 DIAS DEL RECIBO DE LA SOLICITUD COMPLETA DE PARTICIPACIÓN CON NUESTRO PROVEEDOR

Por favor conteste cada pregunta y provea la información requerida

Por favor conteste todas las siguientes preguntas	Si la respuesta es Sí, por favor presente lo siguiente para CADA miembro de la familia recibiendo el beneficio.
¿Es algún miembro de su núcleo familiar empleado independiente ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Formulario(s) de IMPUESTOS COMPLETOS, incluyendo impuestos comerciales del año fiscal más reciente y de la última presentación de impuesto trimestral, enumerando el ingreso para el trimestre.
¿Algún miembro de su núcleo familiar está empleado ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Los 3 talones de pagos más recientes o carta firmada por el empleador
¿Algún miembro de su núcleo familiar está recibiendo beneficios de desempleo ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta de beneficio o una copia impresa de desempleo del sitio web del Estado
¿Algún miembro de su núcleo familiar está recibiendo Seguro Social ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta de beneficio del Seguro Social, o un estado de cuenta bancaria completo, si tiene Depósitos Directos
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe pensión o retiro ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta de Pensión o estado de cuenta del banco si usa sistema de Depósito Directo
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe beneficios de SNAP ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta del SNAP
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe manutención para el menor ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Documento de una orden del tribunal o carta de uno de los padres sin custodia
¿Algún miembro de su núcleo familiar posee propiedad de alquiler o inversión ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Contrato de alquiler/documentación listando el ingreso
¿Algún miembro de su núcleo familiar posee otras fuentes de ingreso ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Acciones, Bonos, Certificado de Depósitos, otras propiedades, etc... Adjuntar estados de cuenta actuales.
¿Algún miembro de su núcleo familiar tiene una cuenta corriente, de ahorros, o de Mercado Monetario ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Adjuntar copia de estado de cuenta actual completo de los últimos 30 días para cada cuenta
NO INGRESO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pacientes que declaran no tener ningún ingreso en el núcleo familiar deben tener a continuación, la firma de la persona que les esté proveyendo con comida, albergue, y gastos para la vida cotidiana y debe indicar que tipo de ayuda les está proporcionando. Certifico que yo, (<i>nombre</i>) _____ (<i>teléfono</i>) _____ Proveo alimento, albergue y gastos diarios para el paciente mencionado arriba y/o \$ _____ por mes. Ayuda proporcionada _____ Firma _____ Relación _____ Fecha _____	

Los solicitantes con visa deben presentar copias de toda la información de seguro, financiera, y/o de patrocinio provista para obtener la visa.

>>>Continuado<<<

