



Solicitud de asistencia financiera para hospitales



Complete la solicitud en línea en <https://touchette.myfa.app> o escanee el código QR

Para la solicitud en papel, continúe.

Nombre y apellido del paciente y fecha de nacimiento: _____ Número de

Seguro Social (SS#): _____

Nombre y apellido del garante: _____ Número de Seguro Social: _____

(El fiador es la persona responsable de la deuda) (No tener un número de Seguro Social no afectará la asistencia financiera, pero ayudará en la determinación del programa público)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código

postal: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico del

garante: _____

¡ALTO! ¿El paciente o su garante recibe actualmente asistencia de alguna de las siguientes entidades? En caso afirmativo, lleve una copia de la información de asistencia a nombre del paciente o garante al Registro del Hospital Regional de Touchette junto con la solicitud completa o envíela en línea

(<https://touchette.myfa.app/>) tomando una foto del documento con su teléfono.

- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Programa WIC
- Programa de desayuno y almuerzo gratuitos de Illinois
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Apoyo para viviendas de alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- Quiebra en los últimos 6 meses
- Programa de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Tamaño de la familia/Dependientes Sección: Número de personas que viven en su hogar _____

Dependientes (que viven en su casa): si necesita más espacio, agréguelos al reverso de la hoja.

Nombre	Fecha de nacimiento o edad	Relación con el fiador

Sección de Ingresos: Todos los ingresos del hogar

Nombre y ciudad del empleador: _____

Nombre y ciudad del empleador del cónyuge: _____

Si el garante no tiene empleo, ¿cómo cubre sus gastos de manutención?

Enumere todas las fuentes de ingresos, incluidos, entre otros, salarios, trabajo por cuenta propia, desempleo, discapacidad, seguridad social, pensión, manutención infantil, pensión y/o cualquier otra fuente de ingresos.

Fuente de pago	Cantidad	¿Con qué frecuencia (por semana, cada dos semanas, mensualmente)?

Se requiere comprobante de ingresos. Presente su declaración de impuestos más reciente o su último talón de pago.

Sección de Seguro Médico: ¿Tiene seguro médico? Sí _____ No _____

Nombre de la compañía de seguros _____ Teléfono de la compañía de seguros _____
Suscriptor _____ Número de póliza _____ Número de grupo _____

Sección de Certificación:

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y completa. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para cubrir estos gastos médicos. Entiendo que mis proveedores médicos podrán verificar la información proporcionada y los autorizo a contactar a terceros necesarios para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si la información anterior es falsa, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podrá ser revocada y será responsable del pago de estos gastos médicos.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: USTED PUEDE CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO

Completar esta solicitud ayudará al Hospital Regional de Touchette a determinar si puede recibir atención médica, servicios con descuento u otros programas públicos que le ayuden a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al Departamento de Registro o Servicio al Cliente del Hospital Regional de Touchette dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su primer estado de cuenta.

Puede enviar por correo electrónico, correo postal o fax su solicitud y toda la documentación de respaldo a:

Hospital Regional de Touchette

Atención: Angie Merten

5900 Bond Ave

Cahokia Heights, Illinois 62207

Fax: (618) 332-5242; **Correo electrónico:** Asistencia financiera@Touchette.org **En línea :** <https://touchette.myfa.app/>

**** NOTA ** - La solicitud y la documentación de respaldo deben recibirse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio.**