



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:

Table with 4 columns: Nombre, Fecha de nacimiento, Nombre, Fecha de nacimiento. Rows 1-6 for family members.

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, POR FAVOR LLAME A NUESTRO PROVEEDOR DE ELIGIBILIDAD @
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

Form with multiple-choice questions about family members' employment, income, and insurance. Includes a section for 'NO INGRESO' with a declaration and signature line.

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



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

Apellido del paciente _____ Nombre de pila _____ Inicial _____

Lista de valores de bienes personales

Ingreso anual del hogar	_____	Valor de certificado(s) de depósito	_____
Efectivo en mano/dinero en el banco/C.Ahorro	_____	Valor de la propiedad en que reside	_____
Alquiler mensual	_____	Valor de otros bienes inmuebles	_____
Pago mensual por hipoteca	_____	Valor del 401k	_____

¿Fue el tratamiento por este servicio debido a un accidente? Sí _____ No _____ **(Asistencia Financiera no aplica a tratamientos relacionados a lesiones en el trabajo, procedimientos cosméticos, o procedimientos de tasa fija, accidentes u otros tratamientos por los que usted recibe compensación por sus cuentas médicas, dolor y sufrimiento, y otros daños).**

¿Tiene usted seguro médico? SI NO (Si "SI," Por favor, provea más información a continuación):

- Nombre del seguro _____ A nombre de _____ No. de póliza _____
- Nombre del seguro _____ A nombre de _____ No. de póliza _____

Por el presente, pido a *Bon Secours Health System Inc.*, tomar una determinación por escrito sobre mi elegibilidad para recibir asistencia financiera o cuidado caritativo. Entiendo que, si se determinara que la información que proveo es falsa, tal determinación puede resultar en la denegación de mi solicitud, y que puedo tener que hacerme responsable por los cargos de servicios recibidos. Certifico que la información que antecede es verdadera, completa, y correcta de acuerdo a mi saber y entender. Entiendo que la cooperación con el proveedor de evaluación para la elegibilidad es requerida para ser considerado para recibir asistencia financiera o cuidado caritativo.

Comentarios adicionales

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Bon Secours Health System Inc., se reserva el derecho de validar la información reportada en la solicitud para Asistencia Financiera; tales validaciones, así como verificar ingresos personales o la no existencia de los mismos, serán conducidas tratando de mantener la más estricta confidencialidad, y que de ninguna forma se generará ningún reporte por medio de ninguna oficina de reporte de estado de crédito que pudiese adversamente afectar la privacidad del solicitante.

Si necesita asistencia adicional, por favor visite a un consejero de finanzas en su hospital *Bon Secours* más cercano, o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente:

(864)255-1902
Lunes a viernes, de 8:00 AM a 9:00 PM: