

# Solicitud Financiera

SIU Medicine, PO Box 19651, Springfield, Illinois 62794-9651

Información de la Parte Responsable			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento	Número de cuenta
Dirección de la casa	Ciudad	Estado	Número de teléfono de la casa
Nombre del empleador	Título del puesto de trabajo	Fecha de empleo	Número de teléfono del empleador
Información del cónyuge (si aplica)			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento	
Nombre del empleador	Título del puesto de trabajo	Fecha de empleo	Número de teléfono del empleador

**Solo para uso oficial**

Pagos \$ \_\_\_\_\_

Aprobado % \_\_\_\_\_

Aprobado hasta \_\_\_\_\_

Lista de dependientes (si es diferente a la declaración de impuestos, por favor explique)	
Nombre	Fecha de nacimiento

¿Ha solicitado Ayuda Pública?  SÍ  NO - Si le fue negada la Ayuda Pública, usted debe proporcionar una copia de la denegación.

Ingreso: Deberá proporcionar la documentación para cada artículo y proporcionar una copia de su declaración de impuesto sobre la renta federal.					
Ingreso de la parte responsable			Ingreso del cónyuge (si aplica)		
Salarios (Mensual)	\$		Salarios (Mensual)	\$	
Granja/Empleo por cuenta propia	\$		Granja/Empleo por cuenta propia	\$	
Asistencia Pública	\$		Asistencia Pública	\$	
Seguro social / Discapacidad	\$		Seguro social / Discapacidad	\$	
Desempleo/Compensación a los trabajadores	\$	Fecha de desempleo	Desempleo/Compensación a los trabajadores	\$	Fecha de desempleo
Pensión alimenticia / Manutención a Hijos Menores	\$		Pensión alimenticia / Manutención a Hijos Menores	\$	
Anualidades/Dividendos/Intereses	\$		Anualidades/Dividendos/Intereses	\$	
Pensión	\$		Pensión	\$	
Ingresos de otras fuentes	\$		Ingresos de otras fuentes	\$	
<b>INGRESO TOTAL DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>	<b>\$\$</b>		<b>INGRESO TOTAL DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>	<b>\$\$</b>	

Si el solicitante no tiene ingresos, él / ella tiene que proporcionar una declaración fechada y firmada por la persona(s) que le proporciona su apoyo financiero.

Activos:
Cuenta de Cheques \$ _____ Cuenta de Ahorros \$ _____ 401K \$ _____ CDs \$ _____ IRA \$ _____ Fondos Mutuos/Acciones/Bonos \$ _____

Obligaciones mensuales:		Acreedores: Hospitales, Médico/Clínica, Préstamos Bancarios, Tarjetas de Crédito, etc.		
Renta/Pago de la casa	\$	Nombre	Saldo \$	Pago mensual \$
Luz y calefacción	\$		\$	\$
Recogida de basura	\$		\$	\$
Agua y alcantarillado	\$		\$	\$
Teléfono y teléfono celular	\$		\$	\$
Televisión por cable	\$		\$	\$
Gastos de medicinas	\$		\$	\$
Pago de automóvil	\$		\$	\$
Seguro de automóvil (mensual)	\$		\$	\$
Seguro de vida	\$		\$	\$
Alimentos y suministros domésticos	\$		\$	\$
Misceláneo	\$	Explique	\$	\$
<b>TOTAL DE OBLIGACIONES MENSUALES</b>	<b>\$\$</b>	<b>SALDO TOTAL Y LOS PAGOS MENSUALES A LOS ACREEDORES</b>	<b>\$\$</b>	<b>\$\$</b>

**Entiendo que esta información se utilizará únicamente para la determinación de la responsabilidad financiera de mis cargos en SIU Medicine, y serán tratados de forma confidencial. Mi firma autoriza a SIU Medicine verificar toda la información proporcionada en este formulario. Al mejor de mi conocimiento, la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta.**

**Paciente / Firma (si es adulto): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma de la persona que llena el formulario, si es diferente del paciente:**

\_\_\_\_\_

**POR FAVOR DEVUELVA ESTA SOLICITUD COMPLETA Y TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA DENTRO DE UN PLAZO DE 15 DÍAS. SI NO SE ADJUNTA LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE, SE LE DEVOLVERÁ SU SOLICITUD A USTED PARA FINALIZAR.**

SÓLO PARA REFERENCIA					
PROGRAMA DE DESCUENTO DE ASISTENCIA DEL CUIDADO AL PACIENTE PARA EL 2021 – INGRESO BRUTO AJUSTADO (ANTES DE DEDUCCIONES IRA/KEOUGH/SEP)					
Tamaño de la familia	100 % de descuento [125% del nivel federal de pobreza (FPL)]	90% de descuento (150% FPL)	75% de descuento (175% FPL)	50% de descuento (200% a 400% FPL)	
1	\$16,988	\$20,385	\$23,783	\$27,180	\$54,360
2	\$22,888	\$27,465	\$32,043	\$36,620	\$73,240
3	\$28,788	\$34,545	\$40,303	\$46,060	\$92,120
4	\$34,688	\$41,625	\$48,563	\$55,500	\$111,000
5	\$40,588	\$48,705	\$56,823	\$64,940	\$129,880
6	\$46,488	\$55,785	\$65,083	\$74,380	\$148,760
7	\$52,388	\$62,865	\$73,343	\$83,820	\$167,640
8	\$58,288	\$69,945	\$81,603	\$93,260	\$186,520
<i>Por cada persona adicional, añada</i>	\$5,900	\$7,080	\$8,260	\$9,440	\$18,880
	Si el descuento es del 100%, el paciente debe pagar ya sea el 5% restante, o el pago mínimo que se identifica abajo - el que sea mayor.	Si el descuento es del 90%, el paciente debe pagar ya sea el 10% restante o el pago mínimo que se identifica abajo - el que sea mayor.	Si el descuento es del 75%, el paciente debe pagar ya sea el 25% o el pago mínimo que se identifica abajo - el que sea mayor.	Si el descuento es del 50%, el paciente debe pagar ya sea el 50% restante o el pago mínimo que se identifica abajo - el que sea mayor.	
Mínima responsabilidad del garante (aplicado antes del descuento)	Atención Primaria	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20
	Especialidad	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20	Nuevo - \$40; Recurrente - \$20
	Psiquiatría	Nuevo - \$75; Recurrente - \$45	Nuevo - \$75; Recurrente - \$45	Nuevo - \$75; Recurrente - \$45	Nuevo - \$75; Recurrente - \$45

Rev: 01-21-21