

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente:

[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]

Verificaciones obligatorias [Required Verifications]

- ☐ Prueba de ingresos brutos del mes pasado [Past One month Proof of Gross Income]
- ☐ Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- ☐ Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Proporcione lo siguiente, si corresponde [Provide the following, If applicable]

- ☐ W2 reciente para ingresos estacionales [Recent W2 for Seasonal Income]
- ☐ Beneficio de desempleo/carta de denegación [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- ☐ Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria [Child Support Income/Alimony]
- ☐ Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

Información del paciente [Patient Information]

Nombre del paciente [Patient Name]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]	
Número del Seguro Social/EIN (opcional) [Social Security/EIN Number (optional)]	Teléfono celular [Mobile Phone]	Otro teléfono [Other Phone]	
Dirección postal [Mailing Address]	Ciudad [City]	Estado [State]	Código postal [ZIP code]
Dirección de correo electrónico [Email Address]	¿De qué estado es residente? [Of what state are you a resident?]		
Estado civil [Marital status] ☐ Soltero/a [Single] ☐ Casado/a [Married] ☐ Divorciado/a [Divorced] ☐ Otro [Other] _____			
¿Presenta una declaración de impuestos federales? [Do you file a Federal Tax Return?] ☐ Sí [Yes] ☐ No [No] Si la respuesta es no, ¿por qué? [If no, why?]		¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	
¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] ☐ Sí [Yes] ☐ No [No] (proporcione una copia de la tarjeta del seguro) [(Provide Insurance card copy)]			

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

¿Es residente documentado de los Estados Unidos? [Are you a documented resident of the United States?] ☐ Sí [Yes] ☐ No [No] ☐ Prefiero no responder [Prefer Not to Answer]					
Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Vínculo con el paciente [Relationship to Patient]	Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]	
Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar [Income Verification for all household members]					
Fuente de ingresos mensuales [Monthly Income Source]	¿Quién los recibe? [Who receives this?]	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Fuente de ingresos mensuales [Monthly Income Source]	¿Quién los recibe? [Who receives this?]	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Seguro Social/Discapacidad [Social Security/Disability]			Indemnización laboral [Worker's Compensation]		
Pensión [Pension]			Desempleo [Unemployment]		
Trabajo independiente [Self-Employment]			Manutención infantil/Pensión alimentaria [Child Support/Alimony]		
Asistencia pública [Public Assistance]			Ingresos por alquiler de terrenos [Rental Land Income]		
Otro [Other]					
Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]					

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

- ☐ Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- ☐ Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al _____ (número de teléfono) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]

Nombre de la persona que proporciona apoyo [Name of person providing support]

Vínculo con el paciente [Relationship to Patient]

Firma de la persona que proporciona apoyo [Signature of person providing support]

Fecha [Date]

VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Firma del paciente [Signature of Patient]: _____

Fecha [Date]: _____

O firma del tutor legal (si corresponde) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]:

Fecha [Date]: _____

Vínculo con el paciente [Relationship to Patient]: _____

Fecha [Date]: _____

Envíe su solicitud por correo a la dirección anterior, envíela por fax al 312-871-3350 y/o cargue documentos a través de MyChart (portal del paciente): <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este. [Please mail your application to the address above, fax at 312-871-3350 and or upload documents through MyChart (Patient Portal) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> If you have any questions, please contact our Customer Service Center at 800-494-5797 Monday through Friday 9 a.m. -5 p.m. ET.]