



Exclusions include, but are not limited to: Cosmetic, bariatric procedures, sterilization reversal, erectile dysfunctions, accounts indicating third party involvement or accounts that are 240 days or more past the first hospital statement date will not be considered for Financial Assistance.

REQUEST FOR FINANCIAL ASSISTANCE OR MEDICAL INDIGENCY

Thank you for requesting information regarding our Financial Assistance program, which would provide assistance for Roper Hospital, Bon Secours St. Francis Hospital, Mount Pleasant Hospital and the Roper St. Francis Physician Partners only. You must complete the instructions below in order for your application to be considered.

PLEASE SEND COPIES ONLY OF ALL INFORMATION BELOW IF IT IS APPLICABLE TO YOUR HOUSEHOLD INCOME

Note: Household income includes Patient and Spouse (if married)

If you have your 2018 tax return documentation:

- Complete, sign and date the enclosed Financial Statement in Blue or Black ink only.
- Include copies of pages 1 & 2 of your **2018 Federal Income Tax Return, Form 1040 (State not needed)**

If you have not filed your 2018 tax return:

- Complete, sign and date the enclosed Financial Statement in **Blue or Black ink only**.
- Send a copy of your IRS tax extension approval letter.
- Send copies of your last three (3) full months of bank statements. ***Please Do Not Send TRANSACTION HISTORY***

If you DO NOT file taxes send proof of income that applies; (examples listed below)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| • 2019 Security Benefits Letter | • Workers' Compensation Income |
| • W-2 Forms for the current tax year | • Unemployment Benefits |
| • Current pay stubs – 8 weeks | • Student Loan Disbursements |
| • Alimony & Trust | • Unreported Income |
| • Annuities, Pensions, Retirement Benefits | • Last 3 Full Months Bank Statements |
| • Disability Income | |

If visiting the U.S. from another country, send proof of current tourist, work or student visa (green card) or Passport.

Please return the fully completed application and required documentation to Patient Financial Services:

Mail to: RSFH Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Group
8536 Palmetto Commerce Parkway, Suite 501
Ladson, SC 29456

Fax: 843-402-2036

Email: RSFFinancialAssistance@rsfh.com

Failure to provide the requested information may result in delays and possibly a denial.

If you have difficulty completing the attached form or have questions please contact 888-888-7010 or 843-402-5200, Option 3, Monday through Friday, 9:00 am to 5:00 pm. We will make every effort to process the application within 30 days of receipt and notify you in writing of the outcome of your financial assistance request.

If this information is not received, the account balance(s) will remain billable to the responsible party.



Roper St Francis Healthcare

Financial Assistance & Medical Indigency Application

Asistencia financiera y aplicación Indigencia Médica

The purpose of this form is to provide the Financial Assistance Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their RSFH hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

El propósito de este formulario es proporcionar al Departamento de Asesoría Financiera la información necesaria para determinar si el paciente califica para la ayuda financiera con su(s) factura(s) del hospital RSFH. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.

Patient Demographics <i>Datos Demográficos del Paciente</i>				
Patient's Full Name <i>Nombre Completo del Paciente</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Social Security# <i>Nº de Seguro Social</i>	Marital Status/ <i>Estado Civil</i> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow/Widower <input type="checkbox"/>	
Home Address <i>Dirección de Correos</i>	City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>	Months/Yrs at This Address <i>Meses/Años en esta dirección</i>	County <i>Condado</i>	
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below <i>Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo</i>				
Mailing Address <i>Dirección de Correos</i>	City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>	Months/Yrs at This Address <i>Meses/Años en esta dirección</i>	County <i>Condado</i>	
Home Phone# <i>Nº de Teléfono del Hogar</i>	Mobile Phone# <i>Nº de Teléfono Móvil</i>	Do you file a Federal Income Tax Return? <i>Presenta una declaración del impuesto federal sobre los ingresos?</i> <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)	Citizenship Status <i>estatus de ciudadanía</i>	US Citizen <i>US estatus</i> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

If you are not a US Citizen: Do you have a current Visitors VISA____, Passport____, Tax ID # w/current taxes____, Green Card_____

Health Insurance Information <i>Información de Seguro Médico</i>				
Provider - Primary Coverage <i>Proveedor – Cobertura Primaria</i>	Policy Holder Name <i>Nombre del Poseedor de la Póliza</i>	Policy# <i>Nº Póliza</i>	Group# <i>Nº de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha de Vigencia</i>
Provider - Secondary Coverage <i>Proveedor – Cobertura Secundaria</i>	Policy Holder Name <i>Nombre del Poseedor de la Póliza</i>	Policy# <i>Nº Póliza</i>	Group# <i>Nº de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha de Vigencia</i>

<p>Is insurance, attorney, or any other third party payment involved for any remaining Roper St Francis account balances? <i>Existe el pago de un seguro, apoderado o tercero involucrado para el resto de los saldos de la cuenta de Roper St. Francis?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)</p>
<p>If yes, please provide details: <i>Si la respuesta es sí, proporcione detalles:</i></p>

Please list all household members below

Listar miembros de Familia que viven con usted

Name <i>Nombre</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	SSN# <i>Número de Seguro Social</i>	Relation to Patient <i>Relación/Parentesco al Paciente</i>	Sex <i>Género</i>

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form
Si hay más de 7 miembros de la familia en su hogar, por favor enumere en la sección "notas" de la página 6 de este formulario

Employment and Military Background <i>Educación, Empleo y Servicio Militar</i>		Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>	Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>
Current Employment <i>Empleo Actual</i>	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Work Phone# <i>Número de Teléfono del Trabajo</i>		
	Boss/Supervisor's Name <i>Nombre del Jefe/Supervisor</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr (por hora)	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr (por hora)
		___ days/wk (días/semana) \$ ___/day (por día)	___ days/wk (días/semana) \$ ___/day (por día)
Commission (Comisión) \$ ___/mo (al mes)		Commission (Comisión) \$ ___/mo (al mes)	
	Annual (Anuales) \$ _____	Annual (Anuales) \$ _____	
Currently Unemployed (check box if yes) <i>Actualmente desempleado (elija la caja si es sí)</i>	<input type="checkbox"/>		

COBRA Cobertura bajo COBRA	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? <i>¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo en los pasados 60 días?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)
	Did he/she receive a COBRA election notice? <i>¿Ha recibido él/ella una notificación de elección COBRA?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)
	Did he/she elect COBRA coverage? <i>¿Seleccionó él/ella cobertura bajo COBRA?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: <i>Si él/ella no seleccionó cobertura bajo COBRA, favor de seleccionar una:</i>	<input type="checkbox"/> premiums too expensive <i>primas muy costosas</i> <input type="checkbox"/> new coverage <i>nueva cobertura</i>

Statement of Support

I certify that I have been unemployed for the last _____ months _____ years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter, and clothes from _____, relationship, _____.

Yo certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ meses / años. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, refugio y ropa de _____, relación/parentesco, _____.

Income (3 month history) Ingreso (historial de 3 meses)	Patient (mother if patient is a minor) Paciente (madre si el paciente es menor)			Spouse (father if patient is a minor) Cónyuge (padre si el paciente es menor)		
	Last month Ultimo mes	2 months ago 2 meses atrás	3 months ago 3 meses atrás	Last month Ultimo mes	2 months ago 2 meses atrás	3 months ago 3 meses atrás
Wages Salarios						
Pension/Retirement Pensión/Jubilación						
Social Security Retirement Jubilación del Seguro Social						
Social Security Disability Discapacidad del Seguro Social						
Supplemental Security Income Ingreso de Seguridad Suplementario						
VA Benefits Beneficios de Veteranos						
Unemployment Desempleo						
Child Support Pensión de Menores						
Food Stamps Estampillas de Alimentos						
Other (Workfirst, etc.) Otro (Workfirst, etc.)						

Expenses Gastos	Payments for (name) Pagos para (nombre)	Payment Amount Cantidad del Pago	Paid to (name and address) Pagado a (nombre y dirección)
Child Care Cuido de Menores			
Credit Card(s) Credito			
Utilities (Power, Gas, Cable) Utilidades			
Groceries Comida			
Prescription Drugs Medicina			
Health/Life Insurance Seguro de Salud			
Taxes Impuesto			
Rent / Mortgage			
Alimony Pensión Alimenticia			

Property <i>Propiedad</i>	Address <i>Dirección</i>	Ownership <i>Propietario</i>	Tax Value <i>Valor de Impuesto</i>	Loan Balance <i>Salor Prestatario</i>	Mortgage Co <i>Co. Hipotecaria</i>
Primary Residence <i>Residencia Primaria</i>		<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
Other Property <i>Otra Propiedad</i>		<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
Other Property <i>Otra Propiedad</i>		<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			

Assets <i>Activos</i>	Make/Model <i>Marca/Modelo</i>	Ownership <i>Propiedad</i>	Tax Value <i>Valor de Impuesto</i>	Loan Balance <i>Saldo Crediticio</i>	Bank/Lender <i>Banco/Prestatario</i>
Automobiles <i>Automóviles</i>	1	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
	2	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
	3	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
Motorcycles, Boats, Trailers & RV's <i>Motocicletas, Botes, Tractores/RVs</i>	1	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
	2	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
	3	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			
	4	<input type="checkbox"/> own <i>propia</i> <input type="checkbox"/> rent <i>alquiler</i>			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.
Si hay otros activos dentro de las categorías mencionadas anteriormente, por favor incluirlos en la sección de notas en la página 6 de este formulario.

Banking/Investments <i>Banca/Inversiones</i>	Institution <i>Institución</i>	Balance <i>Saldo</i>	Account Holder(s) <i>Poseedor(es) de Cuenta</i>
Checking <i>Cheques</i>	1		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
	2		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
Savings <i>Ahorros</i>	1		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
	2		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
CDs <i>CDs</i>			
401K / IRA <i>401K / IRA</i>			
Stocks/Bonds <i>Acciones/Bonos</i>			
Other (trust fund, etc.) <i>Otros (fondos fiduciarios, etc.)</i>			

Medical Bills <i>Facturas Médicas</i>	Does the patient have old medical bills within two years? <i>¿El paciente tiene cuentas médicas atrasadas dentro de un margen de dos años?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	Total Amount <i>Cantidad Total</i>

Acknowledgement and Signatures

I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta Declaración Financiera del Paciente es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender. Por este medio autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualesquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a comunicar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.

Patient/Guarantor Signature: <i>Firma</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>	
Witness Signature: <i>Firma del Testigo</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>	

For Financial Counseling Personnel
Para uso del departamento de Asistencia Financiera unicamente

Form Completed By (name)	Date	Form Completed via:		
		Bedside Interview	Phone Interview	Mail-in
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance				Assigned to Financial Counselor (name):

Mail Completed Application to:
 Roper St Francis Healthcare
 Attention: Financial Assistance
 8536 Palmetto Commerce Parkway Suite 501
 Ladson, SC 29456
 Fax: (843) 402-2036
 E-mail: rsffinancialassistance@rsfh.com

Additional Notes
Adicional notas

Some exclusions include, but are not limited to:

Cosmetic, bariatric procedures, sterilization reversal, erectile dysfunctions, accounts indicating third party involvement or accounts that are 240 days or more past the first hospital statement date will not be considered for Financial Assistance.