

El programa de asistencia financiera del hospital está diseñado para brindarles atención médica gratuita, o a un costo reducido, a las personas que no pueden pagar por los servicios recibidos. Este programa no cubre servicios ofrecidos por personal médico que no sea considerado parte del personal médico del hospital; por ejemplo, radiólogos o anestesistas que no estén contratados por el hospital.

La elegibilidad para este programa depende de los recursos e ingresos de su familia según la cantidad de personas que la conforman. Además, debe solicitar y utilizar alguna cobertura de atención médica privada o del gobierno (como Medicaid y Medicare) que esté disponible para usted.

Debe presentar cualquiera de los siguientes documentos como prueba de su elegibilidad. Si tiene otros documentos que respaldarán su elegibilidad, también puede presentarlos. **No envíe documentos originales, dado que los documentos se destruyen de forma segura luego de haberse tomado una decisión.**

- **Recibos de pago de los últimos 3 periodos.**
- **Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior.**
- **Prueba de cualquier otro ingreso de los últimos 3 meses (seguridad social, discapacidad, pensiones, desempleo).**
- **Estados de cuenta (cuenta corriente, cuenta de ahorros, certificados de depósito o mercado de dinero).**
- **Pagos/Préstamos pendientes.**
- **Formularios de compensación por desempleo que aprueben o rechacen su reclamo.**
- **Declaraciones escritas de agencias de bienestar.**
- **Carta detallando su reciente estado financiero y condiciones de vivienda**
- **Copia de licencia de conducir o identificación del estado**
- **Prueba de ciudadanía o VISA de trabajo valida**

Una vez que el hospital haya recibido la documentación solicitada, haremos todo lo posible para tomar una determinación y le notificaremos nuestra decisión dentro de los 30 días calendario.

Complete y envíe la solicitud de asistencia financiera y la documentación de respaldo a la siguiente dirección:

Edward/Elmhurst Healthcare
Attn: Financial Assistance Department
4201 Winfield Rd.
Warrenville IL. 60555

SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Llenar esta solicitud ayudará al hospital a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas que pueden ayudar a pagar su atención de salud. Por favor entregue esta solicitud al hospital.

SI NO ESTÁ ASEGURADO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere proporcionar un número de seguro social, pero el hacerlo ayudará al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Llene este formulario y entréguelo al hospital personalmente, por correo postal, correo electrónico o fax para solicitar la atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a su alta o a la recepción de atención como paciente ambulatorio.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si es elegible para recibir ayuda financiera.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
Correo electrónico		Número de teléfono ()	¿El paciente era residente de Illinois al momento de recibir los servicios? Sí No
INFORMACIÓN DEL HOGAR			
Número de personas que viven en el hogar	Número de personas que son dependientes del paciente	Indique todas las edades de los dependientes	
INFORMACIÓN DEL EMPLEO			
Empleador del paciente	Dirección		Número de teléfono ()
Empleador del cónyuge	Dirección		Número de teléfono ()
INGRESOS		BIENES	

Salarios (incluyendo el Seguro Social)	\$
Auto-empleo	\$
Compensación al trabajador	\$
Pensión alimenticia/Manutención	\$
Ingresos por jubilación	\$
Discapacidad	\$
Temporary Assistance for Needy Families	\$
Otros ingresos:	\$

Cuenta de cheques	\$
Cuenta de ahorros	\$
Acciones	\$
Certificados de depósito	\$
Fondo de inversión	\$
Automóviles y otros vehículos	\$
Propiedad	\$
Cuentas HSA/FSA	\$

Nota: Si el paciente cumple con uno de los siguientes criterios, no es necesario completar la tabla de Gastos Mensuales. Marque todos los que correspondan.

- Sin hogar
- Fallecido sin herencia
- Mentalmente discapacitado sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Bancarrota personal reciente
- Encarcelación en una institución penal
- Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos.

Inscrito en uno de los siguientes programas:

- Programa *Women, Infants and Children Nutrition (WIC)*
- Programa *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)*
- Programa *Illinois Free Lunch and Breakfast*
- Programa *Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)*
- Beneficiario de asistencia de subvenciones para trabajadores médicos
- Inscrito en un programa organizado y basado en la comunidad que comprueba el acceso a atención médica que evalúa y documenta el estado financiero con ingresos bajos como criterio para la membresía.

GASTOS MENSUALES	PAGO MENSUAL
Vivienda	\$
Servicios públicos (agua, electricidad, etc.)	\$
Alimentos	\$
Transporte	\$
Cuidado infantil	\$
Préstamos	\$
Gastos médicos	\$
Otros gastos	\$

Certificación

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber. Solicitaré cualquier ayuda federal, estatal o local para la cual podría ser elegible para ayudar a pagar esta factura de hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a que se comunique con terceros para verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda financiera, cualquier ayuda financiera otorgada podría ser revocada y que seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante

Fecha: