

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)	\$	Cuenta de cheques	\$
Auto-empleo	\$	Cuenta de ahorros	\$
Compensación al trabajador	\$	Acciones	\$
Pensión alimenticia/Manutención	\$	Certificados de depósito	\$
Ingresos por jubilación	\$	Fondo de inversión	\$
Discapacidad	\$	Automóviles y otros vehículos	\$
Temporary Assistance for Needy Families	\$	Propiedad	\$
Otros ingresos:	\$	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: