

Solicitud de Asistencia Financiera

Es muy importante el que usted sepa que: **USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR CUIDADOS MÉDICOS GRATUITOS O CON DESCUENTOS.** Al completar esta solicitud usted le podrá ayudar al hospital a determinar si usted podrá recibir servicios médicos gratuitos, con descuentos o pueda solicitar para usted otros programas públicos que le puedan ayudar con su cuidado médico. Haga el favor de someter esta solicitud al hospital.

SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE LE REQUERIRÁ UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA PODER CUALIFICAR PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS GRATUITOS O CON DESCUENTOS. Sin embargo el número de seguro social es requerido para ciertos programas públicos como el Medicaid. Aunque el número de seguro social no es requerido en ciertas ocasiones, este número le podría ayudar al hospital a determinar si usted podría cualificar para ciertos programas públicos.

Haga el favor de completar este formulario y envíelo al hospital, ya sea en persona, por correo, por correo electrónico o por fax en un periodo de 240 días a partir de que se le haya dado de alta del hospital o después de que haya recibido servicios como paciente ambulatorio (en las clínicas).

El paciente deberá reconocer el que haya hecho un esfuerzo de buena fe para proveer toda la información requerida en esta solicitud para asistir al hospital de como determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera.

El "UI Health " provee asistencia financiera para pacientes sin seguro médico que cumplan ciertos requisitos. El "UI Health" determinará el nivel de descuento que usted recibirá basado en su ingresos en comparación con los niveles de ingresos (de pobreza) establecidos por el gobierno federal. Los programas de asistencia financiera del " UI Health" han sido diseñados para pacientes sin seguro médico y no proveerá descuentos en co-pagos de seguros médicos , deducibles u otros costos /gastos relacionados con pacientes que ya tienen seguro médico. La Asistencia financiera aplica para UI Hospital (Hospital de la Universidad de Illinois) y la mayoría de los servicios médicos. Por favor consulte la Política de Asistencia Financiera para mas detalles."

Información del Paciente

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Zona postal

Número de teléfono Número del celular Correo Electrónico

Fecha de nacimiento Número del Seguro Social *(no se requiere si ud no tiene seguro medico)*

¿El paciente era residente del Estado de Illinois cuando se le brindó el servicio ? Sí No

¿El paciente estuvo involucrado en un accidente? Sí No

¿El paciente fue víctima de un supuesto crimen? Sí No

¿Tiene usted una cubierta o es elegible para alguna póliza de seguro de salud, incluyendo seguro en el extranjero, COBRA, el mercado oficial de cobertura médica, beneficios para veteranos, Medicaid o Medicare? Sí No

Haga el favor de proveer la siguiente información:

Nombre del asegurado	<input type="text"/>	Nombre del asegurado	<input type="text"/>
Compañía del seguros	<input type="text"/>	Compañía del seguros	<input type="text"/>
Número de póliza	<input type="text"/>	Número de póliza	<input type="text"/>

Información del aval/persona responsable (si diferente del paciente)

Usted Espos(a) Padre/Madre/Pariente Otra Persona _____ (especifique)

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Zona postal

Número de teléfono Número del celular

Información del Hogar/Familia

¿Cuántas personas viven en su casa?

¿Cuántas personas son dependientes del paciente/persona responsable?

¿Cuáles son las edades de los dependientes del paciente?

Información del empleo/ingresos

¿Está usted empleado actualmente? Sí No

¿Está su esposo(a) empleado(a) actualmente? Sí No

Nombre de la empresa

Dirección de la empresa

Ciudad Estado Zona postal

Teléfono de la empresa Haga el favor de proveer la información adicional sobre su empleo en la siguiente sección

Ingreso bruto anual (el ingreso antes de las deducciones de impuestos y otras deducciones, incluyendo casos donde el esposo(a) o pareja doméstica es responsable por el paciente o donde el padre/madre/guardián legal es responsable por un menor de edad)

Los Documentos adicionales:

Por favor incluya copias de los siguientes documentos.

Prueba de residencia del estado de Illinois: Provea cuando menos uno de los siguientes documentos.

- Identificación apropiada del gobierno
- Facturas de servicios de luz, agua o de gas con dirección en Illinois
- Tarjeta de registro como votante
- Correspondencia de alguna agencia de gobierno u otra fuente confiable
- Una carta de un albergue para gente sin hogar
- Contrato de arrendamiento
- Tarjeta de registro vehicular
- Carta de un familiar del solicitante, que reside en el mismo domicilio, y presenta prueba de verificación de que reside ahí
- Cualquier documento que demuestre sus ingresos (vea la lista a continuación)

Pruebas de ingresos: Provea cuando menos uno de los siguientes documentos.

- Una copia de su más reciente declaración de impuestos (IRS 1040, 1040A, 1040EZ).
- Una copia reciente de las formas W-2 de la forma 1099.
- Copias de dos talonarios de pagos de su empleo, desempleo o seguro social.
- Carta de verificación de Ingreso de su empleo.
- Comprobantes de otras fuentes de ingresos (pensión alimenticia, manutención, beneficios de veteranos, etc.).

Yo certifico que la información de esta solicitud es cierta y es correcta, de acuerdo a mi conocimiento. Yo deseo solicitar cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual yo sea elegible para ayudar a pagar las facturas del hospital. Yo entiendo que la información provista en esta solicitud puede ser verificada por el hospital, yo autorizo al hospital para que contacte terceras personas para verificar la exactitud de la información de esta solicitud. Yo entiendo que si proveo información que no es cierta de forma intencional en esta solicitud, no seré elegible para asistencia financiera y cualquier asistencia que se me otorgue será revocada, por lo cual seré responsable de pagar las facturas del hospital.

Firma del Paciente	<input type="text"/>
Nombre del Paciente	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/>
Firma del aval/persona responsable	<input type="text"/>
Nombre del aval/persona responsable	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/>

Por favor envíe la solicitud y los documentos requeridos a:

Financial Case Management Unit
University of Illinois Hospital
1740 W. Taylor Street, Room 1155 (M/C 778)
Chicago, IL 60612-7232
Telephone: 312-413-7621
Fax: 312-413-3371

Un consejero en financiero se comunicará con usted con respecto a su solicitud tan pronto sea posible.

Haga el favor de proveer la información adicional en el siguiente espacio:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>