

Consulta n.º:

Fecha:



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Estimado paciente/garante:

Importante: TAL VEZ PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a Memorial Health (Decatur Memorial Hospital, Lincoln Memorial Hospital, Jacksonville Memorial Hospital, Springfield Memorial Hospital y Taylorville Memorial Hospital) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención. Envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE UN SEGURO, NO ES NECESARIO PROPORCIONAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A FIN DE REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.

Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si reúne los requisitos para alguno de los programas públicos.

Complete este formulario y preséntelo en el hospital en persona o envíelo por correo postal o electrónico, o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 240 días a partir del primer estado de cuenta posterior al alta. Devuelva el formulario completo y los documentos de respaldo por correo postal o electrónico, o entréguelos en persona en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes de alguno de nuestros hospitales.

Memorial Health | Attn: PFS | P.O. Box 19287 | Springfield, IL 62794-9287
financial.assistance@mhsil.com | Fax: 217-757-7595

El paciente reconoce que realizó un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud a fin de ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para obtener ayuda económica.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/GARANTE

Apellido del paciente	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional*)
Raza (opcional*)	Origen étnico (opcional*)	Sexo (opcional*)	Idioma de preferencia (opcional*)	
* El hecho de que el paciente complete los campos marcados como "opcional" no influirá en el resultado de la solicitud.				
Nombre del garante (persona responsable del pago de la factura)		Vínculo con el paciente	Teléfono particular	
Dirección postal		Ciudad, estado y código postal	Teléfono celular	
Correo electrónico del paciente, si es el método preferido de contacto:				
Si el paciente está divorciado o separado, ¿es su cónyuge o pareja anterior financieramente responsable de la atención médica del paciente conforme al acuerdo de disolución o separación? ☐ Sí ☐ No				
Si la respuesta es sí, ¿están el nombre y la dirección del cónyuge o la pareja anterior correctamente indicados en la sección del garante más arriba? ☐ Sí ☐ No				
¿Se recibieron servicios relacionados con alguna de las siguientes opciones? ☐ Accidente ☐ Delito ☐ Lesión en el lugar de trabajo ☐ Otro: _____				

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA O DEL HOGAR

Cantidad de personas que conforman el hogar del paciente:	
Cantidad de dependientes del paciente (según se haya informado en la declaración de impuestos):	Edad de los dependientes:

INFORMACIÓN DE EMPLEO (indique si es independiente, si tiene una discapacidad o si está jubilado o desempleado, según corresponda)

Empleador del paciente
Empleador del cónyuge o la pareja del paciente
Empleador del primer padre o tutor legal (si el paciente es menor de edad)
Empleador del segundo padre o tutor legal (si el paciente es menor de edad)

INFORMACIÓN DEL SEGURO (enumere todas las coberturas de seguros relacionadas con los servicios recibidos, como Medicare, Blue Cross, cobertura para veteranos, etc.)

	Nombre del seguro	Número de póliza	Número de grupo
Póliza n.º 1			
Póliza n.º 2			
Póliza n.º 3			

¿Solicitó el paciente la cobertura de Medicaid? ☐ Sí, aprobación pendiente ☐ Sí, no es elegible ☐ No

PROGRAMAS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA

(marque todas las opciones para las cuales el paciente reúne los requisitos)

Si marca alguna de las siguientes casillas y no tiene seguro, no es necesario que complete las secciones Ingresos familiares, Gastos o Activos.

☐ Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐ Encarcelamiento en una institución penal
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	☐ Falta de hogar
☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	☐ Paciente difunto sin patrimonio
☐ Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos	☐ Orden religiosa y voto de pobreza
☐ Discapacidad mental sin ninguna persona que actúe en nombre del paciente	☐ Quiebra personal reciente
☐ Cobro de una subvención para cubrir los servicios médicos	☐ Programa de Almuerzos y Desayunos Gratuitos de Illinois
☐ Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o para un servicio no cubierto	☐ Programa de Apoyo para Alquiler de Viviendas de la IHDA
☐ Inscripción en un programa comunitario organizado que proporciona acceso a la atención médica y evalúa y documenta la situación financiera limitada por los bajos ingresos como un criterio para su membresía (por ejemplo, Central Counties Health Centers, Programa de Centros de Salud Calificados Federalmente [FQHC] de SIU Center for Family Medicine, Crossing Healthcare)	

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA ELEGIBILIDAD PRESUNTA

(información que debe enviarse con esta solicitud)

☐ Copias de la prueba de elegibilidad para uno de los programas de elegibilidad presunta enumerados anteriormente

INGRESOS FAMILIARES

	Paciente*	Cónyuge o pareja del paciente	Primer padre o tutor legal del menor*	Segundo padre o tutor legal del menor
Salario bruto o ingresos por trabajo independiente mensuales				
Compensación por desempleo mensual				
Beneficios mensuales del Seguro Social o Seguro Social por discapacidad				
Pensión mensual para veteranos				
Beneficios mensuales por discapacidad para veteranos				
Beneficios privados mensuales por discapacidad				
Indemnización laboral mensual				
Ingresos mensuales de jubilación				
Manutención infantil o pensión alimenticia mensual				
Otros ingresos mensuales (explique)				

Declaración de inexistencia de fuente de ingresos: no recibo ningún ingreso de las fuentes mencionadas anteriormente. La siguiente persona paga mis gastos de manutención y he incluido una carta de esta persona que lo comprueba:
 Nombre _____ Vínculo: _____

** En caso de que el paciente (o su padre o tutor legal) esté divorciado, enumere solo los ingresos del paciente (o de su padre o tutor legal) e incluya cualquier ingreso mensual por manutención infantil o pensión alimenticia. En caso de un divorcio, proporcione la documentación necesaria a continuación solo para el paciente (o su padre o tutor legal).*

DOCUMENTACIÓN NECESARIA DE INGRESOS FAMILIARES *(información que debe enviarse con esta solicitud)*

☐ Enviar uno de los siguientes documentos:

(A) Una copia de la declaración de impuestos más reciente (preferido)

(B) Una copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes

(C) Copias de los 2 recibos de pagos más recientes

(D) Verificación de ingresos escrita de un empleador si le pagan en efectivo

(E) Otros formularios razonables de verificación de ingresos de terceros considerados aceptables por Memorial Health (p. ej., carta de adjudicación del Seguro Social, declaración de beneficios u orden judicial)

INFORMACIÓN DE ACTIVOS DEL PACIENTE

	Paciente		Paciente
Cuenta corriente		Fondos de inversión	
Cuenta de ahorros		Automóviles u otros vehículos	
Acciones		Bienes inmuebles	
Certificados de depósito		Cuentas de ahorro para gastos médicos/cuentas de gastos flexibles	

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA ACTIVOS DE PACIENTES NO ASEGURADOS

(información no necesaria si tiene seguro)

☐ Copias de los dos estados mensuales más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorro o de inversión del paciente

GASTOS FAMILIARES

Nota: NO ES NECESARIO incluir los gastos familiares dentro de la solicitud de acuerdo con la política de Asistencia financiera de Memorial

Gastos mensuales de manutención		Gastos mensuales de cuidado infantil	
Gastos mensuales de facturas de servicios públicos		Gastos mensuales de préstamos	
Gastos mensuales de alimentos		Gastos médicos mensuales	
Gastos mensuales de transporte		Otros gastos Especifique:	

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible a fin de contribuir al pago de la factura de este hospital. Entiendo que el hospital podría verificar la información proporcionada y lo autorizo a comunicarse con terceros para comprobar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para obtener ayuda económica, que cualquier ayuda económica que se me haya otorgado se cancelará y que seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante

Fecha

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el proceso de solicitud, llame al departamento de Asesoramiento Financiero de Memorial Health al 217-788-4774 o al 800-562-2829.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud para el descuento para pacientes no asegurados o el proceso de ayuda financiera del hospital se pueden informar a la Agencia de Atención Médica del Procurador General de Illinois al 877-305-5145 (TTY: 800-964-3013) o en línea en www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html.