

Encuentro 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 System 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, 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 entréguelo en persona en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes que se encuentra en el vestíbulo.**

Passavant Memorial Area Hospital, Attn: PFS | 1600 W. Walnut St. | Jacksonville, IL 62650-1136  
PAHFinancial.Assistance@mhsil.com | Fax: 217-479-8781

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	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social <i>(opcional)</i>
Nombre del garante <i>(persona responsable del pago de la factura)</i>		Relación 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Se recibieron servicios relacionados con algunos de los puntos a continuación? <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Delito <input type="checkbox"/> Lesión en el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____				

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA O DEL HOGAR	
Cantidad de personas que conforman el hogar del paciente:	
Cantidad de dependientes del paciente <i>(según se haya informado en la declaración de impuestos):</i>	Edad de los dependientes:

INFORMACIÓN DE EMPLEO <i>(Indique si es independiente, si tiene una discapacidad o si está jubilado o desempleado, según corresponda).</i>
Empleador del paciente
Empleador del cónyuge o la pareja del paciente
Empleador del primer padre o tutor legal <i>(si el paciente es menor de edad)</i>
Empleador del segundo padre o tutor legal <i>(si el paciente es menor de edad)</i>

INFORMACIÓN DEL SEGURO <i>(Enumere todas las coberturas de seguros relacionadas con los servicios recibidos, como Medicare, Blue Cross, cobertura para veteranos, etc.).</i>			
	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? <input type="checkbox"/> Sí, aprobación pendiente <input type="checkbox"/> Sí, no es elegible <input type="checkbox"/> No			

**PROGRAMAS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA** (Marque todas las opciones para las cuales el paciente reúna los requisitos).

Si marca alguna de las siguientes casillas y no tiene seguro, no es necesario que complete la sección Ingresos familiares.

<input type="checkbox"/> Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento en una institución penal
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Falta de hogar
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Paciente difunto sin patrimonio
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos	<input type="checkbox"/> Orden religiosa y voto de pobreza
<input type="checkbox"/> Discapacidad mental sin ninguna persona que actúe en nombre del paciente	<input type="checkbox"/> Quiebra personal reciente
<input type="checkbox"/> Cobro de una subvención para cubrir los servicios médicos	<input type="checkbox"/> Programa de Almuerzos y Desayunos Gratuitos de Illinois
<input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o para un servicio no cubierto	<input type="checkbox"/> Programa de Apoyo para Alquiler de Viviendas de la IHDA
<input type="checkbox"/> 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)	

**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)				
<p>*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).</p>				

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

Marque las casillas para indicar que incluyó la siguiente información:

<input type="checkbox"/> Copias de las declaraciones de impuestos del año anterior del paciente y de su cónyuge o pareja o de los padres o tutores legales del menor. Oculte los números del Seguro Social.	<input type="checkbox"/> Copias de las declaraciones mensuales de los beneficios del Seguro Social del paciente y su cónyuge o pareja o de los padres o tutores legales del menor.
<input type="checkbox"/> Copias de los formularios W-2 y 1099 más recientes del paciente y su cónyuge o pareja o de los padres o tutores legales del menor.	<input type="checkbox"/> Copias de la prueba de elegibilidad del paciente o de los padres o tutores legales del menor para uno de los programas de elegibilidad presunta enumerados en la sección Programas de elegibilidad presunta.
<input type="checkbox"/> Copias de los dos recibos de pago más recientes del paciente y de su cónyuge o pareja o de los padres o tutores legales del menor.	<input type="checkbox"/> Copia del formulario de aprobación o rechazo de ayuda del departamento de Asistencia Pública de Illinois para el paciente.
<input type="checkbox"/> Copias de los dos estados mensuales más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorro o de inversión del paciente y de su cónyuge o pareja o de los padres o tutores legales del menor.	<input type="checkbox"/> Copia de una carta de víctima de delito para el paciente. <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, carta de la persona que paga los gastos diarios del paciente en la que se explique la situación.

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 necesita ayuda o más información, llámenos al 217-245-9541, ext. 3123.