

## PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA

RE: N.º de cuenta de ALMH: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado paciente/garante:

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA SIN CARGO O CON DESCUENTO. Completando esta solicitud, ayudará al Abraham Lincoln Memorial Hospital a determinar si usted califica para recibir servicios sin cargo o con descuento, o si existe otro programa público que pueda ayudarlo a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

SI USTED NO ESTÁ ASEGURADO, NO ES NECESARIO QUE SUMINISTRE UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA SIN CARGO O CON DESCUENTO. Sin embargo, para algunos programas públicos como Medicaid, sí se debe suministrar el número de seguridad social. No es obligatorio que suministre un número de seguridad social, pero hacerlo puede ayudar al hospital a determinar si usted califica para cualquier otro programa público.

Complete esta solicitud y preséntela en el hospital personalmente, por correo postal, correo electrónico (ALMHFinancial.Assistance@mhsil.com) o fax (217-735-3526).

El paciente acepta que ha hecho un esfuerzo de buena fe y ha suministrado toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si califica para recibir ayuda económica.

No dude en llamarnos si necesita ayuda o más información. Puede llamarnos al 217-605-5649.

### Solicitud de Ayuda Económica

Complete la solicitud en su totalidad según su leal saber y entender.

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido) Fecha de nacimiento Número de teléfono preferido

Domicilio particular (incluya n.º de departamento) Ciudad Estado Código postal

¿El paciente estuvo involucrado en un presunto accidente?  Sí  No \_\_\_\_\_  
Número de seguridad social (No obligatorio)

¿El paciente está cubierto por otros programas de seguro?  Medicare  Medicaid  Veterans Benefits  Otro

#### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/GARANTE/CÓNYUGE/PAREJA

Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido) Número de teléfono preferido

Domicilio particular (incluya n.º de departamento) Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador Teléfono del empleador

Domicilio del empleador Ciudad Estado Código postal

**INFORMACIÓN FAMILIAR/DEL HOGAR**

Cantidad de personas en el hogar del paciente:	
Cantidad de personas a cargo del paciente:	Edad de las personas a cargo:

**PROGRAMAS DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD** *(marque todas las opciones que correspondan)*

Si marca cualquiera de las siguientes casillas, envíe una prueba de elegibilidad. No es necesario que complete la sección de Ingresos brutos familiares mensuales que se incluye más abajo.

<input type="checkbox"/> Programa de nutrición para mujeres y niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Reclusión en una institución penal
<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Falta de vivienda
<input type="checkbox"/> Programa de ayuda suplementaria de nutrición (SNAP)	<input type="checkbox"/> Paciente difunto sin propiedades
<input type="checkbox"/> Programa de ayuda energética para hogares con bajos recursos	<input type="checkbox"/> Orden religiosa y voto de pobreza
<input type="checkbox"/> Discapacidad mental; sin nadie que pueda actuar en representación del paciente	<input type="checkbox"/> Bancarrota personal reciente
<input type="checkbox"/> Ayuda para servicios médicos	<input type="checkbox"/> Plan de almuerzo y desayuno gratis de Illinois
<input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid, pero no para la fecha de la prestación del servicio o para un servicio no cubierto	<input type="checkbox"/> Programa de ayuda para el alquiler de viviendas de la Autoridad de desarrollo de viviendas de Illinois (IHDA)
<input type="checkbox"/> Inscripción en un programa organizado por la comunidad que provea acceso a la atención médica y que evalúe y documente el estado financiero de bajos recursos limitado como un criterio para la membresía <i>(por ejemplo, Central Counties Health Centers)</i>	

**INGRESOS BRUTOS FAMILIARES MENSUALES***(Incluidos los casos en que el cónyuge o la pareja es el garante o el padre es el garante de un menor)*

Para fines de verificación, el paciente deberá proporcionar documentación de los ingresos familiares a través de recibos de sueldo (copias de los dos más recientes), declaraciones de beneficios, cartas de adjudicación, providencias, declaraciones de impuestos federales (la más reciente), o cualquier otra documentación (los formularios W-2 y 1099 más recientes).

Salarios	\$	Beneficios por discapacidad para veteranos de guerra	\$
Empleo por cuenta propia	\$	Beneficios privados por discapacidad	\$
Compensación por desempleo	\$	Compensación del trabajador	\$
Seguridad social	\$	Ingresos por jubilación	\$
Beneficios por discapacidad del seguro social	\$	Manutención de niños/pensión alimenticia	\$
Pensión de veteranos de guerra	\$	Otros ingresos (explique)	\$

**INFORMACIÓN FINANCIERA ADICIONAL**

Para fines de verificación, incluya copias de los últimos dos meses de los ítems mencionados a continuación:

Saldo de la cuenta corriente	\$	Acciones	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$	Fondos mutuos	\$
Cuentas de ahorro de salud/ cuentas de gastos flexibles	\$	Certificados de depósito	\$

Certifico que la información aquí incluida es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local a la que pueda acceder para obtener asistencia para pagar esta factura del hospital. Entiendo que el hospital puede verificar la información suministrada y autorizo al hospital a contactar a terceros con el fin de verificar la exactitud de esta información. Entiendo que, si suministro información falsa intencionalmente en esta solicitud, no seré elegible para obtener ayuda económica y cualquier ayuda económica que ya se me haya otorgado podría ser revocada, por lo cual seré responsable de pagar la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante

Fecha