

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.

Memorial Health System, Attn. PFS | PO 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	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional)
Nombre del garante (persona responsable del pago de la factura)		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 (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? <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 217-788-4774 o 1-800-562-2829.