

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE LA FACTURA DE SERVICIOS MÉDICOS

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE:

N.º DE CUENTA:

FECHA DEL SERVICIO:

PUEDE QUE USTED TENGA ACCESO A UN SERVICIO DE ATENCIÓN SIN CARGO O CON DESCUENTO. AL COMPLETAR ESTA SOLICITUD, AYUDARÁ A SILVER CROSS HOSPITAL A EVALUAR SI PUEDE RECIBIR SERVICIOS GRATUITOS O A UN PRECIO INFERIOR, ASÍ COMO OTROS PROGRAMAS DE PRESTACIONES PÚBLICAS QUE PUEDAN CONTRIBUIR AL PAGO DE SU ATENCIÓN MÉDICA. SÍRVASE PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN EL HOSPITAL.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE LE REQUIRÁ UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA PODER ACCEDER A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SIN CARGO O CON DESCUENTO. NO OBSTANTE, EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ES NECESARIO PARA ALGUNOS PROGRAMAS DE PRESTACIONES PÚBLICAS, INCLUIDO MEDICAID. DAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES OBLIGATORIO, AUNQUE SÍ AYUDA AL HOSPITAL A DETERMINAR SI USTED REÚNE LOS REQUISITOS DE ALGUNO DE LOS PROGRAMAS DE PRESTACIONES PÚBLICAS.

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y ENTRÉGUELA AL PERSONAL DEL HOSPITAL EN PERSONA, POR CORREO POSTAL O ELECTRÓNICO, O INCLUSO POR FAX, A FIN DE SOLICITAR UNA ATENCIÓN SIN CARGO O CON DESCUENTO, EN UN PLAZO DE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL ALTA O LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

EL PACIENTE DECLARA QUE HA HECHO DE BUENA FE LO POSIBLE POR SUMINISTRAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LA SOLICITUD, CON EL FIN DE AYUDAR AL HOSPITAL A DETERMINAR SI TIENE DERECHO A LA ASISTENCIA PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

PACIENTE (O SOLICITANTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) _____

DIRECCIÓN _____

TEL. PARTICULAR/CELULAR _____ FECHA DE NAC. _____

N.º DE SEGURO SOCIAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

OPCIONAL-RESPUESTA NO IMPACTA EL RESULTADO DE LA APLICACION

RAZA _____ ETHNICIDAD _____ SEXO _____ IDIOMA PREFERIDO _____

CÓNYUGE/PAREJA _____

DIRECCIÓN _____

N.º DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NAC. _____

GRUPO FAMILIAR/DEPENDIENTES:

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES	EDAD	PARENTESCO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿EL PACIENTE ES RESIDENTE DE ILLINOIS? SÍ NO
 ¿EL PACIENTE FUE VÍCTIMA DE UN DELITO? SÍ NO
 ¿ESTA VISITA SE DEBIÓ A UN ACCIDENTE SUPUESTO? SÍ NO

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, ¿HAY ALGÚN CÓNYUGE O PAREJA QUE SEA RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, EN VIRTUD DE UN RÉGIMEN ESPECIAL ESTABLECIDO POR UN DIVORCIO O UNA SEPARACIÓN PERSONAL? SÍ NO

SECCIÓN SOBRE EMPLEO/INGRESOS:

NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE/SOLICITANTE _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL EMPLEADO DEL CÓNYUGE/PAREJA _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

INGRESOS MENSUALES DE LOS SIGUIENTES:	PACIENTE/SOLICITANTE	CÓNYUGE/PAREJA
INGRESO BRUTO MENSUAL	\$ _____	\$ _____
TRABAJO INDEPENDIENTE (POR CUENTA PROPIA)	\$ _____	\$ _____
DESEMPLEO	\$ _____	\$ _____
SEGURIDAD SOCIAL/INVALIDEZ	\$ _____	\$ _____
JUBILACIÓN/PENSIÓN	\$ _____	\$ _____
SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO	\$ _____	\$ _____
ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS	\$ _____	\$ _____
ALIMENTOS/PENSIÓN ALIMENTICIA	\$ _____	\$ _____
OTROS	\$ _____	\$ _____

¿RECIBE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES?

WIC SÍ NO SNAP SÍ NO PROGRAMA DE ALMUERZO/DESAYUNO GRATUITO SÍ NO
 LIHEAP SÍ NO

****ESTA SOLICITUD NO SE PODRÁ APROBAR SIN LA PRUEBA DE INGRESOS Y LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA. SÍRVASE ADJUNTAR COPIAS DE TODA LA INFORMACIÓN FINANCIERA QUE CORRESPONDA. POR FAVOR, DEVUELVA ESTE DOCUMENTO EN UN PLAZO DE 60 DÍAS DESDE EL ALTA.**

REGISTROS DE COMPROBACIÓN ACTUALES
DECLARACIÓN DE IMPUESTOS Y FORMULARIOS W2 DEL AÑO ANTERIOR
CARTA DE ASISTENCIA, VIVIENDA Y PENSIÓN ALIMENTICIA
CARTA DE DESEMPLEO
RESUMEN DE BENEFICIOS LIND DEL DHS
DECLARACIÓN DE PRESTACIONES ADQUIRIDAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
RESOLUCIONES JUDICIALES
ASISTENCIA DE ORGANIZACIÓN, MUNICIPIO IE, IGLESIA, OBRAS DE BENEFICENCIA CATÓLICA
SI ES TRABAJADOR INDEPENDIENTE, REGISTRO DE INGRESOS ACTUALES E IMPUESTOS DEL AÑO ANTERIOR

SECCIÓN DE SEGUROS:

¿TIENE UN SEGURO MÉDICO? SÍ NO

COMPAÑÍA DE SEGURO DEL
PACIENTE/SOLICITANTE _____
DIRECCIÓN _____
N.º DE GRUPO _____ N.º DE PÓLIZA _____ ELÉFONO _____

COMPAÑÍA DE SEGURO DEL
CÓNYUGE/PAREJA _____
DIRECCIÓN _____
N.º DE GRUPO _____ N.º DE PÓLIZA _____ TELÉFONO _____

EN FUNCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN ESTA SOLICITUD, SI EL PACIENTE RESULTA TENER UN DERECHO SUPUESTO, NO SE REQUERIRÁ EL ENVÍO DE INFORMACIÓN ADICIONAL.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO EN ESTA SOLICITUD ES CORRECTA Y VERAZ A MI LEAL SABER Y ENTENDER. TRAMITARÉ LA ASISTENCIA LOCAL, ESTATAL O FEDERAL A LA QUE PUEDA TENER DERECHO, A FIN DE AYUDAR A PAGAR ESTA FACTURA DEL HOSPITAL. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PODRÁ SER VERIFICADA POR EL HOSPITAL Y AUTORIZO QUE SU PERSONAL SE COMUNIQUE CON TERCEROS PARA COMPROBAR LA PRECISIÓN DE LO DECLARADO EN ESTA SOLICITUD. SOY CONSCIENTE DE QUE, EN CASO DE DAR INTENCIONALMENTE INFORMACIÓN FALSA EN LA SOLICITUD, NO TENDRÉ DERECHO DE RECIBIR NINGUNA ASISTENCIA FINANCIERA Y PODRÁ REVOCARSE LA QUE TENGA EN EL PRESENTE, ADEMÁS DE QUE SERÉ RESPONSABLE DEL PAGO DE ESTA FACTURA DEL HOSPITAL.

LAS QUEJAS O INQUIETUDES CON EL PROCESO DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL SE PUEDEN INFORMAR A LA OFICINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL FISCAL GENERAL DE ILLINOIS AT 1-887-305-5145 O <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>.

PACIENTE/SOLICITANTE _____ FECHA _____
CÓNYUGE/PAREJA _____ FECHA _____

SILVER CROSS HOSPITAL
CUENTAS DE LOS PACIENTES
TEL.: 815-300-7087
FAX: 815-300-4954
CORREO ELECTRÓNICO: business
office@silvercross.org