

The University of Illinois Hospital & Health System

Is part of the University of Illinois at Chicago

Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Llenar esta solicitud ayudará a University of Illinois Hospital & Health Sciences System ("UI Health") a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o beneficiarse de otros programas de asistencia pública que pueden ayudar a cubrir el costo de su atención médica. Por favor, entregue esta solicitud al hospital.

SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA SER ELEGIBLE PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas de asistencia pública, incluido Medicaid. No se requiere proporcionar un número de Seguro Social, pero hacerlo ayudará al hospital a determinar si usted puede beneficiarse de algún programa de asistencia pública.

Por favor, llene esta forma y entréguela al hospital, ya sea en persona, por correo postal, correo electrónico, o por fax, para solicitar atención médica gratuita o con descuento, en un plazo no mayor de 240 días después de la fecha en que se le dé de alta en el hospital, o haya recibido atención como paciente externo.

El paciente afirma que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proveer toda la información requerida en la solicitud, para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

UI Health provee asistencia financiera a pacientes que no tienen seguro médico, quienes reúnen ciertos requisitos. UI Health determina el nivel de descuento que usted recibirá, basado en su ingreso en comparación con los niveles federales de pobreza vigentes. Los programas de asistencia financiera de UI Health están diseñados para pacientes que no tienen seguro médico, y no asiste con descuentos en deducibles, copagos, u otro desembolso de pacientes que tienen un seguro médico de terceros. La ayuda financiera se aplica a UI Hospital y la mayoría de los servicios de los médicos. Para más detalles, diríjase a la Política de Asistencia Financiera.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del Paciente** | | | | |
| Nombre: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | | |
| Dirección:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | | |
| Ciudad: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | Estado: Elige un artículo.  . | Código postal:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Teléfono de casa #:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Celular #: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | Correo electrónico:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | |
| Fecha de nacimiento: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | SSN*(no se necesita si no tiene seguro médico)*:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | |
| ¿En el momento de recibir los servicios, el paciente era residente de Illinois? Sí No | | | | |
| ¿El paciente estuvo envuelto en un accidente? Sí No | | | | |
| ¿El paciente fue víctima de un presunto crimen? Sí No | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura de Seguro** | |
| ¿Tiene usted cobertura, o es elegible para tener cobertura de algún seguro médico, incluido seguro médico foráneo, COBRA, Health Insurance Marketplace, beneficios de veterano de las fuerzas armadas, Medicaid y Medicare? Sí No  Si respondió que sí, provea la siguiente información:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | |
| Titular de la póliza:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Titular de la póliza:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Compañía de seguro:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Compañía de seguro:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Número de póliza: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Número de póliza: Haga clic o toque aquí para ingresar texto |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información del garante (*si no es el paciente*)** | | | |
| Relación con el paciente El mismo Esposo(a) Pareja Padre Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique)* | | | |
| Nombre completo:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Dirección: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Ciudad:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | Estado: Elige un artículo | Código postal:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Teléfono de casa #:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Celular #: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | |

|  |
| --- |
| **Información familiar, del hogar** |
| ¿Cuántas personas viven en su casa? Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| ¿Cuántos dependen del responsable de la cuenta?Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| ¿Qué edades tienen estos dependientes?Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información de empleo e ingresos** | | |
| ¿Tiene usted un empleo? Sí No | | |
| ¿Su cónyuge tiene empleo? Sí No | | |
| Nombre de la empresa: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | |
| Domicilio de la empresa: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | |
| Ciudad de la empresa: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Estado: Elige un artículo | Código postal:  Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Teléfono de la empresa #: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | |
| Ingreso bruto mensual de la familia: Haga clic o toque aquí para ingresar texto.  (ingreso antes de impuestos y otras deducciones, incluyendo casos en que el cónyuge o pareja es garante del paciente, o el padre o tutor es garante de un menor, incluya todo ingreso) | | |

|  |
| --- |
| **Bienes/Fondos/Recursos**  Bienes y Valor Estimado de Bienes |
| Cuenta de Cheques: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Cuenta de Ahorros: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Acciones: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Certificados de Depósito: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Fondos Mutuos: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Automóviles u otros Vehículos: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Cuenta de Ahorros para la salud/Cuenta de Ahorros Flexible: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Propiedad(es): Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios presuntivos**  Seleccione todo lo que corresponda. | |
| Estás experimentando falta de vivienda/hogar. | Inscrito en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). |
| El/La paciente ha fallecido sin herencia. | Inscrito en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). |
| No puede tomar sus propias decisiones (incapacidad mental) y no tiene a nadie que actúe en su nombre. | Inscrito en el Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuito de Illinois. |
| Usted es elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio médico no cubierto. | Inscrito en un programa comunitario organizado que brinda acceso o atención médica que evalúa y documenta el estado financiero limitado de bajos ingresos como criterio para la membresía. |
| Inscrito en el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). | Beneficiario de ayuda financiera para Servicios Médicos. |

Si el paciente cumple con los criterios de elegibilidad presunta, tal como se establece en esta solicitud, o es presuntamente elegible en virtud de los ingresos familiar del paciente, no es necesario que el paciente llené la siguiente porción de la solicitud que pregunta sobre la información de los gastos mensuales.

|  |
| --- |
| **Gastos Mensuales**  No es necesario indicar si cumple con alguno de los criterios anteriores |
| Alojamiento: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Utilidades:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Comestibles: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Transporte: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Cuidado de los niños: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Préstamos: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Gastos médicos:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Otro: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

|  |
| --- |
| **Información opcional**  Su respuesta no influirá el resultado de la solicitud |
| Raza, origen étnico:  Blanco (No-Hispano)  Negro o Afroamericano (No-Hispano)  Blanco (Hispano)  Asiatico  Otro (Hispano)  Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico  Multi-racial  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique, si no se encuentra en la lista)* |
| Género: Masculino Femenino Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique)* |
| Qué idioma prefiere:  Ingles  Espanol  Polaco  Cantones  Mandarin  Tagalo  Aleman  Coreano  Arabica  Urdu  Ruso  Italiano  Guyarati  Hindi  Griego  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique, si no se encuentra en la lista)* |

Yo certifico que la información en esta solicitud es cierta y correcta, hasta donde yo sé. Solicitaré toda asistencia, local, estatal o federal para la que califique, para ayudar a pagar esta cuenta del hospital. Comprendo que esta información puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la veracidad de la información en esta solicitud. Comprendo que, si doy información falsa en esta solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, que toda asistencia recibida puede ser retirada, y que yo seré responsable del pago al hospital.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del paciente: | |  | | --- | |  | | |
| Nombre del paciente: | | |
| Fecha: | | |
| Firma del garante (responsable): | | |  | | --- | |  | |
| Nombre del garante: | | |
| Fecha: | | |

Para cualquier aclaración, diríjase a la Unidad de Manejo Financiero de Casos: (312) 413 – 7621.

Las quejas o desacuerdos sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro médico puede reportarse a: Health Care Bureau of the Illinois Attorney General, al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Anote abajo cualquier información adicional:

**Documentos de respaldo**

Favor de añadir copias de los siguientes documentos:

Identificación válida con fotografía: Identificación estatal, licencia de manejo, pasaporte

Prueba de residencia en Illinois: Provea al menos uno de los siguientes documentos

Identificación estatal con foto, o licencia de manejo

Licencia temporal de manejo para visitantes

Cobro reciente de gas, luz, agua, con domicilio en Illinois

Contrato de renta

Tarjeta de registro de vehículo

Tarjeta de elector

Correo postal reciente, de alguna agencia gubernamental o fuente creíble

Una carta de un miembro de la familia quien viva en el mismo domicilio, y que presente verificación de domicilio

Carta de un albergue, casa de transición o lugar similar

Comprobante de ingresos: Proporcione cualquiera de los documentos a continuación

Una copia reciente de su forma de declaración de impuestos (IRS 1040, 1040A, 1040EZ)

Copia de sus más recientes formas W-2 y 1099

Copias de los dos talones de cheque más recientes (del trabajo, desempleo, Seguro Social)

Si le pagan en efectivo, una carta de su trabajo

Comprobante de otras fuentes de ingreso (pagos de manutención por divorcio, beneficios de veteranos de fuerzas armadas, etc.)

Carta detallando sus dificultades económicas

Favor de enviar las solicitudes completas y todos los documentos requeridos a:

Financial Case Management Unit

University of Illinois Hospital

1801 W. Taylor Street, Suite 2B (M/C 668)

Chicago, IL 60612-7232

Telephone: 312-413-7621

Fax: 312-996-1483

Email: getinsured@uic.edu