



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:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono de casa #:	Celular #:	Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:		SSN <small>(no se necesita si no tiene seguro médico)</small> :	
¿En el momento de recibir los servicios, el paciente era residente de Illinois?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El paciente estuvo envuelto en un accidente?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El paciente fue víctima de un presunto crimen?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió que sí, provea la siguiente información:	
Titular de la póliza:	Titular de la póliza:

Compañía de seguro:	Compañía de seguro:
Número de póliza:	Número de póliza:

Información del garante (si no es el paciente)		
Relación con el paciente <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique)		
Nombre completo:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa #:	Celular #:	

Información familiar, del hogar
¿Cuántas personas viven en su casa?
¿Cuántos dependen del responsable de la cuenta?
¿Qué edades tienen estos dependientes?

Información de empleo e ingresos		
¿Tiene usted un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Su cónyuge tiene empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la empresa:		
Domicilio de la empresa:		
Ciudad de la empresa:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la empresa #:		
Ingreso bruto mensual de la familia: _____ (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:
Cuenta de Ahorros:
Acciones:
Certificados de Depósito:
Fondos mutuos:
Automóviles u otros Vehículos:

Cuenta de Ahorros para la Salud/Cuenta de Ahorros Flexible:
Propiedad(es):

Criterios presuntivos	
Seleccione todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/> Estás experimentando falta de vivienda/hogar.	<input type="checkbox"/> Inscrito en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).
<input type="checkbox"/> El/La paciente ha fallecido sin herencia.	<input type="checkbox"/> Inscrito en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).
<input type="checkbox"/> No puede tomar sus propias decisiones (incapacidad mental) y no tiene a nadie que actúe en su nombre.	<input type="checkbox"/> Inscrito en el Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuito de Illinois.
<input type="checkbox"/> Usted es elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio médico no cubierto.	<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Inscrito en el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP).	<input type="checkbox"/> Beneficiario de ayuda financiera para Servicios Médicos.

Si un 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:
Utilidades:
Comestibles:
Transporte:
Cuidado de los niños:
Préstamos:
Gastos médicos:
Otro:

Información opcional
Su respuesta no influirá el resultado de la solicitud
Raza, origen étnico: <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Blanco (Hispano) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (Hispano) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique, si no se encuentra en la lista)
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique)
Qué idioma prefiere: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Cantones <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Tagalo

<input type="checkbox"/> Aleman <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Arabica <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Guyarati <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Otro: _____ <small>(especifique, si no se encuentra en la lista)</small>

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