

Si el cónyuge actual o anterior o la pareja del paciente es el garante, o si uno de los padres o el tutor es el garante de un paciente menor, proporcione lo siguiente:

Nombre del garante: _____

Dirección del garante: _____

Número de teléfono del garante: () _____

El paciente era residente de Illinois al momento de recibir atención por parte del hospital? Sí No

El paciente está involucrado en un supuesto accidente? Sí No

El paciente fue víctima de un supuesto delito? Sí No

Información adicional (opcional)

Esta sección es un requerimiento del estado de Illinois. Las respuestas o la falta de respuesta no tendrán ningún impacto en el resultado de su solicitud. Marque las respuestas apropiadas a continuación.

SEXO (Legal):

Hombre:

Mujer:

No binario/a:

Otro: _____

Prefiero no decirlo:

ETNICIDAD:

Hispano o Latino:

No Hispano o Latino:

Prefiero no decirlo:

RAZA:

Nativo Americano o Nativo de Alaska:

Asiático:

Negro o Afroamericano:

Nativo de Hawái u otros isleños del Pacífico:

Blanco:

Otro: _____

Prefiero no decirlo:

IDIOMA DE PREFERENCIA:

Inglés:

Español:

Otro: _____

Prefiero no decirlo:

2) Información sobre la familia

Cantidad de personas que componen la familia o el hogar del paciente. _____

Cantidad de personas que son dependientes del paciente.* _____

(*Cantidad de individuos de los que el paciente es financieramente responsable).

Edades de los dependientes del paciente: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

3) Empleo de la familia e información sobre los ingresos

El paciente, el cónyuge del paciente o (en el caso de un paciente menor) los padres del paciente o los tutores están actualmente empleados? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre del empleador: _____ Tel. () _____

_____ Tel. () _____

Nombre del segundo empleador: _____ Tel. () _____

Nombre del tercer empleador: _____

4) Ingresos familiares brutos mensuales

Adjunte su declaración de impuestos federales más reciente. Además, incluya la documentación más reciente relacionada con los ingresos familiares, como los detalles de pago de dos meses, las declaraciones de beneficios, las cartas de concesión u otra documentación. Los ingresos familiares incluyen los ingresos del paciente, del cónyuge o de la pareja, o (en caso de que el paciente sea un menor) los ingresos de los padres o tutores del paciente provenientes de las siguientes fuentes:

Ingresos mensuales estimados

- Salarios obtenidos _____
- Empleo por cuenta propia _____
- Indemnización por desempleo _____
- Seguro social _____
- Beneficio de incapacidad del seguro social _____
- Pensión para veterano _____
- Beneficio de incapacidad para veterano _____
- Beneficio de incapacidad particular _____
- Indemnización de los trabajadores _____
- Asistencia temporaria para familias con necesidades (TANF, en inglés) ... _____
- Ingresos por retiro ... _____
- Manutención de hijos, pensión alimenticia u otro tipo de ayuda económica por cónyuge _____
- Otros ingresos _____

5) Información sobre activos y valor estimado de los activos

Valor de los activos

- Cuenta de cheques..... _____
- Cuenta de ahorros _____
- Acciones _____
- Certificados de depósito..... _____
- Fondos mutuos _____
- Cuenta de cooperativa de crédito..... _____
- Cuenta de ahorros para la salud/de gastos flexibles..... _____

6) Información sobre el seguro/los beneficios:

El paciente cuenta con la cobertura de algún plan de seguro? Sí No

En caso afirmativo, marque el plan:

- Medicare Medicare Parte D Seguro Suplementario a Medicare
 Medicaid Beneficios para veteranos
 Seguro de salud: Nombre del plan: _____

7) Declaración de Garantía:

Certifico que, a mi saber, la información contenida en esta aplicación es verdadera y correcta. Aplicaré para cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local para la cual sea elegible con el fin de contribuir con el pago de esta factura hospitalaria y/o médica. Entiendo que la información proporcionada podrá ser verificada por el hospital, y autorizo a este a comunicarse con terceros para comprobar la veracidad de la información contenida en la presente aplicación. Comprendo que, si deliberadamente proporciono información errónea en esta aplicación, no seré elegible para recibir asistencia financiera, que cualquier asistencia financiera que me sea otorgada podrá ser revertida y que seré responsable por el pago de dicha factura. Cualquier queja o reclamo relacionados con el proceso de aplicación de descuento para el/la paciente no asegurado(a), o con el proceso de asistencia financiera del hospital, podrá ser reportado a la Oficina de Cuidados Médicos de la Procuradora General de Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) por medio de la página web <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> o comunicándose al 1-877-305-5145.

Nombre del Solicitante (en letra de imprenta)

Firma del Paciente o Solicitante

____/____/____
Fecha