

Documentación respaldatoria requerida

Proporcione la documentación que se detalla a continuación. La no presentación de dicha documentación puede tener como consecuencia el retraso o que se deniegue su solicitud. Si no puede proveer la documentación, proporcione una carta con los motivos.

- El formulario de solicitud para la asistencia financiera absolutamente completo y firmado.
- Foto identificatoria vigente (licencia de conducir, pasaporte, identificación emitida por el estado o identificación emitida por el gobierno válidas).
- Prueba de residencia en Illinois (*Proporcione **al menos un** documento de los que se citan a continuación en el caso en que no cuente con una Licencia de conducir del Estado de Illinois o una identificación emitida por el Estado de Illinois*).
 - Recibo de alquiler o arrendamiento.
 - Factura reciente de los servicios públicos con dirección de Illinois.
 - Correo postal enviado por el gobierno u otra fuente fiable.
 - Carta de un albergue para personas sin hogar.
 - Tarjeta de registro de votante.
- Documentos relacionados con los impuestos (*Proporcione lo siguiente*).
 - La declaración de impuestos federales más reciente (incluso todos los anexos).
 - Y** los formularios W-2 y 1099 más recientes.
- Prueba de ingresos familiares (*Proporcione lo siguiente para el paciente/garante y para cada miembro del hogar del paciente/garante, incluso el cónyuge o la pareja*).
 - Copias de los detalles de pago más recientes: hasta 2 meses previos (Seguro del empleador, de desempleo, social).
 - Verificación de ingresos por escrito si se le paga en efectivo.
- Comprobantes de ingresos (*Proporcione todos los documentos que correspondan para las fuentes de ingresos que se enumeran a continuación*).
 - Cuenta(s) de cheques/ahorros.
 - Acciones.
 - Certificados de depósitos.
 - Fondos mutuos.
 - Cuenta(s) de ahorros para la salud/de gastos flexibles.
 - Cuenta(s) de cooperativa(s) de crédito(s).

Complementaria/Otra:

- Formulario de "Autorización para divulgar información" completo y firmado si ha presentado una demanda relacionada con su enfermedad, accidente o lesión laboral.
- ¿Residencia principal? Propia Renta Otra _____
- ¿Residencia secundaria? Propia Renta Ninguna Otra _____

SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Importante: ES POSIBLE QUE USTED RECIBA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a Rush University Medical Center y/o Rush Oak Park Hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan contribuir a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

SI NO ESTÁ ASEGURADO, NO SE NECESITA EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, el número de Seguro Social es necesario para ciertos programas públicos, incluso Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, sin embargo ayudará al hospital a determinar si usted califica para cualquier programa público. Complete este formulario y preséntelo en el hospital en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax para postular para la atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha del alta o de haber recibido atención ambulatoria.

Si usted reúne los criterios de presunta elegibilidad, por ejemplo, está inscrito en un programa de asistencia por bajos ingresos (del tipo WIC, SNAP, Il Free Lunch Program, etc.) o tiene ingresos de o por debajo del 200 % según sugieren los lineamientos de pobreza federal, no es necesario que complete esta solicitud.

El paciente reconoce que se ha esforzado de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud y así colaborar con el hospital para que éste determine si el paciente resulta elegible para la asistencia financiera.

1) Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Apellido Primer nombre Inic. del 2.º nombre

DIRECCIÓN: _____
Número y calle Depto.

_____ Ciudad Estado Cód. postal

TELÉFONO: PARTICULAR () _____ CELULAR () _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (no se exige si no está asegurado): _____ - _____ - _____

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

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. () _____

Nombre del segundo empleador: _____ Tel. () _____

Nombre del tercer empleador: _____ Tel. () _____

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 activosValor 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) Validación del certificado:

Certifico que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal entender. Me postularé para cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local para la que resulte elegible para contribuir con el pago de la factura del hospital. Comprendo que la información que se me proporciona puede corroborarla el hospital y autorizo a dicho hospital a ponerse en contacto con terceras partes para verificar la certeza de la información que se brinda en esta solicitud. Comprendo que si de manera consciente proporciono información no verídica en la presente solicitud, no resultaré elegible para obtener la asistencia financiera, que cualquier tipo de asistencia financiera que se me otorgue se podrá revertir y que seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o postulante_____/_____/_____
Fecha_____
Asesor financiero/representante de Rush_____/_____/_____
Fecha