

*Estimado Paciente/Garante:*

*Usted ha realizado una petición para una evaluación sobre asistencia gratuita o descuento bajo el programa de asistencia financiera del Hospital Copley con relación a su cuenta(s). Se considerará una asistencia basado en su estado financiero en comparación a las normas de ingresos determinadas por el Departamento de la Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos, las cuales son publicadas anualmente en el Registro Federal.*

*Importante: PODRÍA CUALIFICAR PARA RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO. El presentar esta solicitud completa es necesario para que Copley Memorial Hospital pueda determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento o ver si otros programas del estado pueden ayudarle a pagar por los servicios de la salud. Por favor presentar esta solicitud en el hospital.*

*SI USTED NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN N° DE SEGURO SOCIAL PARA CUALIFICAR PARA ASISTENCIA MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un N° de Seguro Social para algunos programas del estado incluyendo Medicaid. Si tiene uno, ayuda al hospital a determinar si cualifica para ciertos programas de ayuda del estado.*

*Por favor llene esta solicitud y preséntela en el hospital en el lapso de 60 días a partir de la fecha de haber sido de alta o de haber recibido del Centro de Cuidado del Paciente Externo. Puede hacerlo en persona, por correo electrónico, o por fax para determinar si cualifica.*

*El paciente reconoce haber realizado el esfuerzo y actuado de buena fe para proveer toda la información requerida en la solicitud para que el hospital pueda determinar si el paciente cualifica para asistencia financiera.*

*Adjunte y envíe o presente la siguiente información:*

- **Las declaraciones más recientes de los Impuestos Anuales Federales y del Estado.**
- **Dos talones recientes de pagos, de desempleo o pagos por escrito de su anterior trabajo de los últimos dos meses.**
- **Solicitudes de aprobación o rechazo para el desempleo, compensación del trabajador, o algún programa del Departamento de Asistencia Pública.**
- **Documentos de los beneficios mensuales del Seguro Social o rechazo del mismo.**
- **Recibos de sus cuentas de cheques o de ahorro de los 2 meses anteriores.**

*Todas las otras fuentes de pago deben ser consideradas antes de poder considerar una asistencia financiera. Ejemplos de otras fuentes de pago incluyen: cualquier tipo de seguro médico, agentes terceros pagadores por reclamos y obligaciones, compensación del trabajador u otros programas públicos.*

*Si usted no puede presentar ninguna información requerida, por favor adjunte una carta NOTARIADA explicando la razón detalladamente. Si usted al presente se encuentra desempleado, por favor incluya la fecha cuando dejó el trabajo, la razón, la fecha que planea regresar al trabajo.*

*Si usted reúne el criterio para una elegibilidad presuntiva definida por las regulaciones o por causa del ingreso familiar, no se requiere que usted provea información de sus gastos mensuales o figuras estimadas por gastos.*

*Si necesita asistencia o para recibir más información, por favor contactarse con el Departamento de Servicios Financieros del Paciente del hospital Copley Memorial, llamar al 630-978-4990 durante horas normales de atención de 8:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes.*

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

**Requisitos:** 1. Las declaraciones más recientes de sus ingresos anuales Federal y Estatal. 2. Dos talones de pagos recientes de su trabajo/ talones de pago del departamento de desempleo o un estado de pagos por escrito de su trabajo de los últimos (2) meses. 3. Solicitudes con aprobación o rechazo para el desempleo, Compensación del Trabajador o del Departamento de Asistencia Pública. 5. Recibos de dos meses de renta/hipoteca. 6. Estado de sus cuentas bancarias de cheques/ahorro de los últimos (2) meses.

Nombre del Solicitante (Apellido, nombre))

Fecha de nacimiento

Nº de Seguro Social

Nº de teléfono

Dirección de domicilio (incluir si tiene otra dirección para el correo)

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre de la Compañía de Trabajo

Nº de teléfono del trabajo

Dirección de la Compañía (incluir si tiene otra dirección para el correo)

Salario mensual Neto

Residente de Illinois

Dirección de correo electrónico

Nombre del (a) esposo (a) (apellido y nombre)

Fecha de nacimiento

Nº de Seguro Social

Nº de Teléfono

Dirección de domicilio (incluir si tiene otra dirección para el correo)

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre de la Compañía de Trabajo

Nº de teléfono del trabajo

Dirección de la Compañía (Ciudad, Estado, Código Postal)

Salario Mensual Neto

Residente de Illinois

Dirección de correo electrónico

Dependientes (como se los define según los Servicios de Impuestos Internos de los Estados Unidos)

Nombre

Edad

Relación

1

2

3

4

Otras Fuentes de Ingreso		
	De parte suya/Mensual	De parte de su esposo (a)/Mensual
Beneficios del Seguro Social		
Entrada por Pensiones/ Incapacidad		
Ayuda Alimenticia/ Manutención del Menor		
Compensación del Trabajador		
Beneficios del Desempleo		
Ingreso por alguna Renta		

BIENES	
Bienes Raíces	Ubicación: _____ Propia: Sí No          Renta: Sí No          Valor de la Propiedad: \$ _____ Monto de pago en la propiedad: \$ _____
Cuenta de cheque	Nombre del Banco y Dirección: _____ N° de Cuenta: _____ Balance al presente: \$ _____
Cuenta de ahorro	Nombre del Banco y Dirección: _____ N° de Cuenta: _____ Balance al presente: \$ _____
Certificados de Depósito	Nombre del Banco y Dirección: _____ Monto del: \$ _____ Fecha de Caducidad: _____
Acciones	Valor: _____
Inversiones como Bonos y Fondos Mutuos	Valor: _____
Cuenta de Ahorro de Gastos Flexibles Para la Salud	Nombre y Dirección de la Compañía: _____ N° de Póliza: _____ Monto a Disposición: \$ _____

GASTOS MENSUALES		
Renta o pagos de la casa	\$ _____	Utilidades: Electricidad, Calefacción y Agua \$ _____
Alimentos	\$ _____	Transporte \$ _____
Cuidado de los Niños	\$ _____	Préstamos \$ _____
Gastos Médicos	\$ _____	\$ _____
		<b>TOTAL</b> \$ _____

OTRAS DEUDAS (Tarjetas de crédito, servicios médicos, educativos)				
Nombre y Dirección del Acreedor	¿Qué fue la compra?	Monto financiado	Saldo pendiente de Pago	Pago mensual
1		\$ _____	\$ _____	\$ _____
2		\$ _____	\$ _____	\$ _____
3		\$ _____	\$ _____	\$ _____
4		\$ _____	\$ _____	\$ _____
5		\$ _____	\$ _____	\$ _____
			<b>TOTAL</b>	\$ _____

*Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta para mi conocimiento. Voy a solicitar para cualquier asistencia médica, ya sea local, estatal o federal para la cual tenga elegibilidad para poder ayudar con el pago de esta cuenta. Tengo conocimiento de que la información presentada pueda ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital de poder contactarse con las terceras personas para verificar la rigurosidad de la información provista en esta solicitud. Comprendo que al presentar la información conociendo que no es verdadera, resultaré inelegible para recibir cualquier asistencia financiera. Si alguna asistencia financiera me fue concedida, será revertida, y seré responsable por el pago total de la cuenta del hospital.*

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del(a) esposo (a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_