



Rush Copley Medical Center

Estimado paciente/garante:

Usted está solicitando una evaluación para recibir atención gratuita o con descuento bajo el programa de Asistencia Financiera/Cuidado de la Caridad de Rush Copley para su(s) factura(s) del hospital. La consideración de la asistencia se basará en su situación financiera en comparación con las Pautas de Ingresos establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicadas anualmente en el Registro Federal.

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTOS: Completar esta solicitud ayudará a Rush Copley Medical Center a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Por favor, presente esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si tiene derecho a algún programa público.

Por favor, llene este formulario y preséntelo en el hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 240 días siguientes a la fecha de alta o de recibo de la atención ambulatoria.

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

Adjunte y presente la siguiente información de respaldo:

Los formularios más recientes de la declaración de la renta federal y estatal

Dos talones de cheques de pago o de desempleo más recientes o una declaración escrita de ingresos de su empleador de los dos (2) meses anteriores

Formularios de aprobación/denegación de desempleo, compensación laboral o asistencia del Departamento de Ayuda Pública

Declaración de beneficios de los pagos mensuales del Seguro Social o la denegación de los beneficios del Seguro Social

Estados de cuentas bancarias o de ahorros de los dos (2) meses anteriores.

Todas las otras fuentes de pago deben ser agotadas antes de que la asistencia financiera pueda ser considerada. Ejemplos de otras fuentes de pago son: todos los seguros médicos, los pagadores de terceros y las reclamaciones de responsabilidad civil, la compensación del trabajador u otros programas públicos.

Si no puede proporcionar alguno de los datos solicitados, adjunte una carta NOTARIADA explicando los detalles. Si actualmente está desempleado, incluya la fecha en la que dejó el empleo, el motivo por el que lo dejó y la fecha en la que tiene previsto volver a trabajar.

Si cumple con los criterios de presunción de elegibilidad definidos en la normativa o debido a sus ingresos familiares, no es necesario que proporcione información sobre los gastos mensuales o cifras de gastos estimados.

Si necesita ayuda o para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del Centro Médico Rush Copley llamando al 630-978-4990 en el horario normal de oficina de 8:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes.

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA:

OBLIGATORIO: Formularios de impuestos federales y estatales más recientes, Dos talones de cheques de pago/ desempleo más recientes o una declaración escrita de ingresos de su empleador de los (2) meses anteriores
 Formularios que aprueben o nieguen el desempleo la compensación de los trabajadores o la asistencia del departamento de ayuda pública, Declaración de beneficios mensuales del Seguro Social Dos meses de recibos de alquiler /hipoteca Cuentas corrientes y de ahorro estados de cuentas de los (2) meses anteriores.
 Las respuestas opcionales o la ausencia de respuestas no afectarán el resultado de la solicitud

Nombre del solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)**Fecha de Nacimiento del Solicitante****Número de Seguro Social del Solicitante****Número de Teléfono del Solicitante****Dirección (Incluir ambos Dirección de la Calle y Dirección Postal)****Ciudad****Estado****Código Postal****Lugar de Empleo del Solicitante****Número de Teléfono del Apicante****Raza (Opcional)****Etnicidad (Opcional)****Sexo (Opcional)****Idioma Preferido (Opcional)****Salario Mensual Bruto****Residente de Illinois****Correo Electronico****Nombre del Cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial)****Fecha de Nacimiento del Cónyuge****Número de Seguro Social del Cónyuge****Número de teléfono del Cónyuge****Dirección del Cónyuge (Incluir ambos Dirección de la Calle y Dirección Postal)****Ciudad****Estado****Código Postal****Lugar de Empleo del Cónyuge****Número de Teléfono de Empleo del Cónyuge****Dirección de Empleo (Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)****Salario Mensual Bruto****Resident de Illinois****Correo Electronico****DEPENDIENTES (Según la definición de las Directrices del Servicios de Impuestos Internos De Estados Unidos)****Nombre****Edad****Relación**

1

2

3

4

OTRAS FUENTES DE INGRESO

	Usted/Mensual	Cónyuge/Mensual
Beneficios de Seguro Social		
Pensiones/Ingresos por Discapacidad		
Pensión Alimenticia /Manutención de los hijos		
Compensación de los trabajadores		
Prestaciones por Desempleo		
Ingresos por Alquiler		

ACTIVOS

Bienes Inmuebles	Lugar: _____ Propio: S o N Alquiler: S o N Valor de Mercado de Propiedad: \$ _____ Cantidad Adeudada en la Propiedad: \$ _____		
Cuenta de Cheques	Nombre y Dirección del Banco: _____ Numero de Cuenta: _ Balance Actual: \$ _____		
Cuenta de Ahorro	Nombre y Dirección del Banco: _____ Numero de Cuenta: _ Balance Actual: \$ _____		
Certificados de Depósito	Nombre y Dirección del Banco: _____ Cantidad de CD: \$ _ Fecha de Vencimiento: _____		
Acciones	_____ Valor: _____		
Fondos de Inversión/Bonos	_____ Valor: _____		
Ahorros de Salud/Gastos Flexibles	Nombre y Dirección de la Compañía: _____ Número de Póliza: _ Valor Efectivo Disponible: \$ _____		

GASTOS MENSUALES

Renta o Pago de la Casa	\$ _____	Utilidades: Luz, Gas, y Agua	\$ _____
Comida	\$ _____	Transportación	\$ _____
Guardería	\$ _____	Prestamos	\$ _____
Gastos Médicos	\$ _____		\$ _____
		TOTAL	\$ _____

OTRAS DEUDAS (Tarjetas de Credito, Gastos Medicos, Educación)

Nombre y Dirección del Acreedor	Que se compro	Cantidad Financiada	Saldo No Pagado	Pago Mensual
1		\$ _____	\$ _____	\$ _____
2		\$ _____	\$ _____	\$ _____
3		\$ _____	\$ _____	\$ _____
4		\$ _____	\$ _____	\$ _____
5		\$ _____	\$ _____	\$ _____
			TOTAL	\$ _____

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, no tendré derecho a recibir ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me conceda puede ser revocada y seré responsable del pago total de la factura del hospital. Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden ser reportadas a la Oficina de Atención Médica del Procurador General de Illinois en su sitio web:

<https://ag.state.il.us/consumers/healthcare.html#>

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____