



Solicitud de asistencia financiera

La fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Número de historia clínica _____

IMPORTANTE: Es posible que pueda recibir atención gratuita o con descuento.

Completar esta solicitud ayudará a Rush University Medical Center, Rush-Copley Medical Center o Rush Oak Park Hospital (Rush) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud a Rush.

Si usted no tiene seguro, no se requiere un número de Seguro Social para calificar para la 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 a Rush a determinar si usted califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo a Rush en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento **dentro de los 240 días siguientes a la fecha del alta o recepción de la atención ambulatoria**. Envíe su solicitud con todos los documentos de respaldo requeridos para su revisión.

Consulte la página 5 de esta solicitud para obtener información sobre cómo comunicarse con Rush si necesita ayuda para completar esta solicitud, si tiene preguntas, si necesita más información sobre la política o la solicitud de asistencia financiera o si desea obtener información sobre dónde presentar la solicitud.

Usted reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a Rush a determinar si usted puede recibir asistencia financiera.

Información para el paciente			
Nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Domicilio		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono fijo	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de EE. UU. <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingreso familiar anual	
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Cantidad de personas en el hogar	Número de dependientes del paciente	Edad de los dependientes del paciente	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Autónomo/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a Último día de trabajo			
Nombre del empleador			Número de teléfono
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal
Nombre de las ofertas de planes de seguro médico del empleador, incluida COBRA			<input type="checkbox"/> El empleador no ofrece seguro médico

Cónyuge, pareja, padre, madre o garante (cuando proceda)					
Nombre		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad		Estado	
Número de teléfono fijo		Número de teléfono celular		Dirección de correo electrónico	
Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otra					
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Autónomo/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a Último día de trabajo					
Nombre del empleador				Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad		Estado	
Nombre de las ofertas de planes de seguro médico del empleador, incluida COBRA				<input type="checkbox"/> El empleador no ofrece seguro médico	

Cobertura del seguro		
¿Está cubierto o es elegible para alguna póliza de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque el plan <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Suplemento de Medicare <input type="checkbox"/> Parte D de Medicare <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Medicaid de Illinois <input type="checkbox"/> Medicaid de otro estado <input type="checkbox"/> Otro:		
Nombre del titular de la póliza	Plan de seguro	Número de la póliza
Nombre del titular de la póliza (si es la segunda póliza)	Plan de seguro	Número de la póliza

Cuestionario	
¿El paciente era residente de Illinois cuando el hospital lo atendió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente estuvo involucrado en un presunto accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Lesión en el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Ha contratado a un abogado o está llevando a cabo una reclamación por su lesión o enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione esta información:	
Nombre del abogado	Número de teléfono del abogado
¿El paciente fue víctima de un presunto delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información adicional (opcional)

La ley de Illinois requiere la inclusión de esta sección en esta solicitud. Las respuestas o no respuestas no tendrán ningún impacto en el resultado de su solicitud.

Sexo (legal)

☐ Masculino ☐ Femenino No binario ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro

Etnia

☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o latino ☐ Prefiero no decirlo

Raza

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otra

Idioma preferido

☐ Inglés ☐ Español ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otra

Verificación de ingresos

Adjunte su constancia de ingresos familiares. La documentación de ingresos familiares aceptable debe incluir **una** cualquiera de las siguientes opciones: (a) copia de la declaración de impuestos más reciente; (b) copia del formulario W-2 y los formularios 1099 más recientes; (c) copias de los dos recibos de pago más recientes; (d) verificación de ingresos por escrito de un empleador, si se paga en efectivo, o (e) una forma razonable de verificación de ingresos de terceros. *Los ingresos familiares* son la suma de los ingresos anuales de una familia para los beneficios en efectivo de todas las fuentes de ingresos antes de los impuestos, menos los pagos que se destinen a manutención infantil.

	Ingresos mensuales estimados
Sueldo ganado	
Trabajo independiente	
Compensación por desempleo	
Seguro Social	
Seguro Social para discapacidad	
Pensión de veteranos	
Discapacidad de veteranos	
Discapacidad privada	
Indemnización de trabajadores	
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	
Ingresos de jubilación	
Manutención infantil, pensión alimenticia u otro tipo de apoyo conyugal	
Otros ingresos	
Información sobre activos y valor estimado de los activos	Valor de los activos
Cuenta corriente	
Ahorros	
Existencias	
Certificados de depósito	
Fondos mutuos	
Cuenta de ahorros de salud/Cuenta de gastos flexibles	

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré inscripción para cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local, para la cual pudiera ser elegible a fin de ayudar a pagar esta factura del hospital o el médico. Entiendo que Rush puede verificar la información proporcionada y autorizo a Rush a que se comuniquen con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, seré inelegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que me haya sido otorgada se puede revertir y seré responsable de pagar la factura. Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois llamando al 1-877-305-5145.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Firma del paciente o solicitante

Fecha

Documentación de respaldo requerida

Proporcione la documentación que se describe a continuación. El no hacerlo puede ocasionar una demora o denegación de su solicitud. Si no puede proporcionar la documentación solicitada, proporcione una carta de explicación.

- ☐ Solicitud de asistencia financiera completamente llenada y firmada
- ☐ Identificación con fotografía válida (licencia de conducir, pasaporte, identificación emitida por el estado u otra identificación válida emitida por el Gobierno)
- ☐ Constancia de residencia en Illinois (*Proporcione **al menos una** de las siguientes opciones si no tiene disponible una licencia de conducir válida de Illinois, una identificación emitida por el estado de Illinois o una licencia de conducir de visitante temporal*)
 - Contrato de arrendamiento
 - Factura de servicios públicos reciente
 - Correo postal de un Gobierno u otra fuente creíble
 - Carta de un refugio para personas sin hogar, hogar de transición u otro centro similar que verifique la residencia
 - Tarjeta de registro de elector o del vehículo
 - Una declaración de un familiar del paciente que reside en la misma dirección y presenta verificación de residencia.
 - Cualquiera de los documentos enumerados en la sección de Verificación de ingresos familiares a continuación
- ☐ Verificación de ingresos familiares (*Proporcione **una cualquiera** de las siguientes opciones:*)
 - Copia de la declaración de impuestos más reciente;
 - Copias de los formularios W-2 y 1099 más recientes;
 - Copias de los dos recibos de pago más recientes;
 - Verificación de ingresos por escrito de un empleador si se paga en efectivo;
 - Una forma razonable de verificación de ingresos de terceros considerada aceptable por Rush.
- ☐ Constancia de activos (*Proporcione todos los documentos aplicables para los activos enumerados a continuación*)
 - Cuentas corrientes/de ahorros
 - Existencias
 - Certificados de depósito
 - Fondos mutuos
 - Cuentas de ahorros de salud/Cuentas de gastos flexibles

Complementarios/otros:

- ☐ Formulario de “Autorización de divulgación de información” completado y firmado si usted ha presentado una demanda relacionada con su enfermedad, accidente o lesión relacionada con el trabajo.
- ☐ ¿Residencia primaria? ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Otra _____
- ☐ ¿Residencia secundaria? ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Otra _____

Comuníquese con Rush

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, tiene preguntas, necesita más información sobre la política o la solicitud de asistencia financiera, o si tiene preguntas sobre su estimación, comuníquese con Rush por estos medios:

Rush University Medical Center Teléfono: (312) 942-5967 Correo electrónico: financial_counselor@rush.edu	Rush Copley Medical Center Teléfono: (630) 978-4990 Correo electrónico: RC_Business_Office@rush.edu	Rush Oak Park Hospital Teléfono: (708) 660-5603 Correo electrónico: financial_counselor@rush.edu
--	--	--

Envíe su solicitud completa a:

Rush University Medical Center 1653 W. Congress Pkwy Rm. 415 Atrium Bldg. Attn: Financial Counselors Chicago, IL 60612 Carga en línea: MyChart.rush.edu	Rush Copley Medical Center Patient Financial Services Dept 2000 Ogden Avenue Aurora, IL 60504 Carga en línea: MyChart.rush.edu	Rush Oak Park Hospital 520 S. Maple Ave Registration Department Attn: Financial Counselor Oak Park, IL 60304 Carga en línea: MyChart.rush.edu
---	---	---