



## Solicitud de Asistencia Financiera para el Residente de Illinois

### Información Que Usted Debe Conocer

Importante: USTED PODRA RECIBIR CUIDADO DE SALUD GRATIS O A UN COSTO REDUCIDO. Llenando esta solicitud le ayuda al Cook County Health & Hospital System a determinar si usted podría recibir servicios gratuitos o a un costo reducido y también a recibir otros servicios o programas que pudieran ayudarle a pagar los servicios de salud que usted requiera. Por favor presente esta solicitud en el hospital.

SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL NO SE REQUIERE PARA QUE USTED CALIFIQUE PARA RECIBIR ASISTENCIA MEDICA GRATUITA O A UN COSTO REDUCIDO. Pero una tarjeta del Seguro Social si se requiere para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid, poseer una tarjeta del Seguro Social no es necesario pero le ayuda al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Por favor llene este formato y entréguelo en persona, envíelo por correo postal, correo electrónico o por fax para solicitar asistencia médica gratis o a un costo reducido junto con todos los documentos/certificaciones dentro de un plazo de 90 días después de que lo den de alta del Hospital o de haber recibido servicios médicos como paciente ambulatorio o externo.

**JOHN H. STROGER JR. HOSPITAL**  
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE  
1901 W. HARRISON AVE., ROOM 1690  
CHICAGO, IL 60612  
Phone Number: (866) 223-2817

**NUMERO DE FAX:** (312) 864-9136

**PROVIDENT HOSPITAL**  
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE  
OLD SENGSTACKE BUILDING, 1<sup>ST</sup> FLOOR  
500 E 51<sup>ST</sup>  
CHICAGO, IL 60615  
Phone Number: (866) 223-2817

**NUMERO DE FAX:** (312) 572-2375

**OAK FOREST HEALTH CENTER**  
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE  
15900 S. CICERO. BUILDING E  
OAK FOREST, IL 60453  
Phone Number: (866) 223-2817

**NÚMERO DE FAX:** (708) 633-3427

**CORREO ELECTRÓNICO:** [mycookcountyhealth.com](http://mycookcountyhealth.com)

El Paciente reconoce y acepta que ha hecho el mayor esfuerzo y de Buena fe presenta toda la información requerida en esta solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

### 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Era usted Residente del Estado de Illinois cuando recibió el cuidado médico? \_\_\_\_\_

¿Estuvo usted involucrado en algún accidente? \_\_\_\_\_

¿Fue usted víctima de algún tipo de crimen? \_\_\_\_\_

Page 1 of 4

**2. FIADOR DEL PACIENTE** (Pudiera ser el esposo(a), la pareja, el padre o guardián del menor)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**3. INFORMACIÓN FAMILIAR**

Por favor anote el número de personas que integran esta familia \_\_\_\_\_

Por favor indique el número de personas que dependen del paciente \_\_\_\_\_

Por favor indique la edad de cada una de las personas que dependen del paciente en la siguiente tabla:

Dependiente	Edad
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

**4. INGRESO FAMILIAR E INFORMACIÓN DE EMPLEO**

¿El paciente o su esposo(a), pareja están trabajando actualmente? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo anote la información de su trabajo:

Nombre de la Compañía	Dirección (Número y Calle, Estado, Código Postal)	Teléfono

Si el paciente es menor de edad, los padres, o los tutores legales están actualmente Trabajando  
\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo anote la información de su trabajo:

Nombre de la Compañía	Dirección (Número y Calle, Estado, Código Postal)	Teléfono

of

¿Si el paciente está divorciado o separado o es parte de algún procedimiento de disolución, es el esposo(a) o pareja responsable financieramente del cuidado médico del paciente de acuerdo con el acuerdo dictado en la disolución o en la separación? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Cuál es el ingreso bruto anual familiar (incluye también si el esposo(a) o pareja es el fiador del paciente o también si el padre o tutor legal de algún menor de edad)? \$ \_\_\_\_\_

Indique de donde proviene el ingreso bruto mensual familiar (Marque todos los que apliquen):

\_\_\_\_\_ Salarios

\_\_\_\_\_ Trabaja para sí mismo (independiente)

\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

\_\_\_\_\_ Seguro Social

\_\_\_\_\_ Deshabilitado por el Seguro Social

\_\_\_\_\_ Pensión de Veterano

\_\_\_\_\_ Deshabilitado de Fuerzas Armadas

\_\_\_\_\_ Deshabilidad Privada

\_\_\_\_\_ Seguro por accidente o enfermedad de trabajo

\_\_\_\_\_ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

\_\_\_\_\_ Jubilación

\_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia para Niños o Esposo(a) u otro Apoyo de esposo(a)

\_\_\_\_\_ Otros Ingresos



of