



Solicitud

de Asistencia Financiera para el Residente de Illinois

Información Que Usted Debe Conocer

Entendemos que lidiar con la deuda médica puede ser abrumador a veces, pero no tiene que superar sus desafíos solo. Estamos aquí para ayudarlo. Cook County Health & Hospitals System puede ayudarlo a cubrir sus costos médicos. Hemos ayudado a miles de personas a encontrar la ayuda financiera adecuada para sus necesidades y estamos aquí para apoyar sus necesidades.

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 ayudarlo 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 1290
CHICAGO, IL 60612
Phone Number: (866) 223-2817
NUMERO DE FAX: (312) 864-9136

PROVIDENT HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE
1ST FLOOR 500 E 51ST
CHICAGO, IL 60615
Phone Number: (866) 223-2817
NUMERO DE FAX: (312) 572-2375

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 ____ - ____ - ____ Número de Seguro Social (no es necesario si no tiene seguro médico) ____ - ____ - ____

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? _____

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

¿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

5. INFORMACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS MÉDICOS

¿Usted o su esposo(a) tienen acceso a cualquier tipo de cobertura de seguro médico de salud? _____ Si _____ No

En caso afirmativo anote de donde proviene (marque todos los que aplique):

- Seguro Médico
- Medicare
- Medicare Parte D
- Suplemento de Medicare
- Medicaid
- Beneficios de Veterano

6. COSTOS MENSUALES

Observe, que si el paciente cumple con la presunta criteria de elegibilidad al partir del momento de la solicitud, o de lo contrario, presuntamente es elegible debido al ingreso familiar del paciente; entonces no se requiere que el paciente llene esta parte de la solicitud pidiendo información acerca de los costos mensuales.

Vivienda	Servicios Públicos	Alimentos	Transporte	Cuidado Infantil	Préstamos	Costos Médicos	Otros Costos	Total
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$		\$

Certificacion del Paciente

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y honesta hasta lo que yo sé. Yo solicito cualquier ayuda estatal, federal o local para la que yo sea elegible para ayudarme a pagar la factura del hospital. Yo entiendo que la información aquí presentada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a usar a terceras personas para verificar la veracidad de la información aquí presentada en esta solicitud. Yo entiendo que si bajo conocimiento presento información falsa en esta solicitud, violo la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de CCH y podría ser inelegible para la asistencia financiera y que además cualquier asistencia financiera o subsidio otorgado pudiera ser revocado y yo seré responsable del pago de la factura del hospital.

Las quejas o preocupaciones respecto al proceso de solicitud de descuento o ayuda financiera del hospital para pacientes sin seguro médico, pueden ser reportados a la Oficina del Inspector general de Atención de Salud en Illinois (Health Care bureau of the Illinois Attorney General). Puede comunicarse a esta oficina por medio del siguiente enlace <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> o 1-877-305-5145

Firma del Paciente o del Solicitante

Fecha

Tenga en cuenta: El Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook alienta a todas las personas a presentar su solicitud independientemente de su raza o estado migratorio. Haremos todo lo posible para acomodar a tantas familias como sea posible.