

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 Espos(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
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$		\$

Certificación 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, yo 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