



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

IMPORTANTE: PODRIA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:

Completando esta solicitud ayudará a Illinois Valley Community Hospital (IVCH) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Por favor, envíe esta solicitud completa a IVCH.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA UN CUIDADO GRATUITO O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, pero ayudará a IVCH a determinar si usted califica para programas públicos.

Complete esta solicitud y envíela al hospital:

Correo: Illinois Valley Community Hospital
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
925 West Street, Perú, IL 61354

Fax: Departamento de Servicios Financieros para Pacientes /atención de: Sara 815-780-3898

En persona: Cajero, primer piso del Hospital

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

Si necesita ayuda o más información, llámenos al 815-780-4602 o al 815-780-3418.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Primero) _____

(Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento del paciente ___ / ___ / ____ Número de seguridad social (no se requiere si no está asegurado): _____

Número de teléfono (celular): _____

Número de teléfono (Otro): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Fue el paciente un residente de Illinois al momento del servicio? Si No

¿Los servicios estaban relacionados con un supuesto accidente? Si No

¿Los servicios estaban relacionados con un presunto delito? Si No

¿Los servicios médicos están cubiertos por un acuerdo de divorcio o separación y eso hace que otra persona sea responsable del pago de la atención médica? Si No

¿Los servicios están cubiertos por un seguro? Si No
De ser así, indique el nombre de la compañía de seguros y el número de póliza

PARTIDO RESPONSABLE/GARANTOR/PADRE /PACIENTE

Si es igual que el anterior, por favor, anote aquí

Nombre de la persona responsable _____

Número de teléfono (celular): _____ Número de teléfono (Otro) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre (s) del empleador _____

Dirección del empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Nombre del cónyuge / pareja: _____

Número de teléfono (celular): _____

Número de teléfono (Otro) _____

Nombre (s) del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del empleador: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR / HOGAR

Número de personas en la familia del paciente / hogar: _____

Número de personas que son dependientes del paciente: _____

Edades de los dependientes: _____

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Si marca alguna de las siguientes casillas, envíe un comprobante de elegibilidad. No necesita completar las secciones de Ingreso Familiar Mensual Bruto o Gastos Mensuales a continuación.

<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Incapacidad mental; nadie para actuar en nombre del paciente
<input type="checkbox"/> Difunto sin bienes conocidos	<input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para el servicio no cubierto

INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA

(Incluyendo los casos en que el cónyuge / pareja es garante o el padre es garante de un menor)

Para fines de verificación, debe proporcionar copias de lo siguiente: dos comprobantes de pago u otros documentos de ingresos, o una verificación escrita del empleador si se paga en efectivo, los formularios W-2 y 1099 más recientes y la declaración de impuestos federal completa más reciente.

Salario	\$	Pensión	\$
Ingreso de Trabajo por si mismo	\$	Compensación De Trabajo	\$
Compensación de Desempleo	\$	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	\$
Seguro Social	\$	Ingresos de ahorros de jubilación	\$
Seguro Social por Discapacidad	\$	Manutención infantil / Pensión Alimenticia / Manutención Conyugal	\$
Discapacidad Privada	\$	Otros ingresos (por favor explique)	\$

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FINANZAS

Para fines de verificación, incluya copias de las cuentas bancarios más reciente (s)

balance de la Cuenta de Cheques	\$	La Bolsa de Valores	\$
Balance de Cuenta de Ahorros	\$	Los fondos de Inversión	\$
Ahorro de Salud / Gasto Flexible	\$	Certificados de depósito	\$
Vehículo de motor: Marca / año _____	Valor: \$	Vehículo de motor: Marca / año _____	Valor: \$

GASTOS MENSUALES

Para fines de verificación, incluya copias de las cuentas bancarias más recientes.

Vivienda: alquiler o hipoteca	\$	Costos de Transportación	\$
Utilidades	\$	Cuidado de Niños	\$
Comida	\$	Otros gastos (Por favor explique)	\$
Prestamos Pendientes, incluyendo tarjetas de crédito:		Facturas Medicas Pendientes:	

Nombre: _____	\$ _____	Nombre: _____	\$ _____
Nombre: _____	\$ _____	Nombre: _____	\$ _____
Nombre: _____	\$ _____	Nombre: _____	\$ _____

PROCESO DE CERTIFICACION

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que he hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en esta solicitud. Solicitaré asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura de IVCH. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por IVCH, y autorizo a IVCH a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información provista en esta solicitud. Acepto notificar a IVCH inmediatamente si hay algún cambio en mi situación financiera que pueda afectar la asistencia financiera de IVCH. También entiendo que si proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera y cualquier asistencia financiera que se me otorgue se puede revertir, y seré responsable del pago de las facturas de IVCH.

Firma del Paciente o del Solicitante

Fecha