

Solicitud de Determinación de Elegibilidad para Asistencia Financiera

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR CUIDADO GRATUITAMENTE O CON DESCUENTO: Completando esta aplicación le ayudará a Illinois Valley Community Hospital determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuentos u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Por favor, envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES OBLIGATORIO PARA CALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para los programas públicos.

Por favor complete este formulario y envíelo al Hospital en persona, por correo, por correo electrónico, o por fax para solicitar cuidado gratuito o con descuento dentro de los 60 días de haber sido dado de alta o al tener el recibo de haber sido dado de alta en la atención ambulatoria.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para asistir al hospital para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de Otros: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Seguro Social (no es necesario si no tiene seguro medico):

Dirección de correo electrónico _____

Fue un residente de Illinois el paciente en el momento del servicio? Sí () No ()

Fueron los servicios relacionados con un presunto accidente? Si () No ()

Fueron los servicios relacionados con un presunto delito? Si () No ()

Son los servicios médicos cubiertos por un acuerdo de divorcio o separación que tiene a otra persona responsable del pago de la atención médica? Si () No ()

Los servicios están cubiertos por el seguro? Sí () No ()

Seguro: _____

Certificado / Numero de Póliza: _____

Persona Responsable / Garante / Padre / Paciente

Si es la misma comprobación anterior marque aquí ()

Nombre de Persona responsable:

Teléfono celular: _____ Otro Teléfono _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Cónyuge/Nombre de Pareja: _____

Teléfono: _____

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

Número de personas que son dependientes del paciente: _____

Las edades de los dependientes del paciente _____

Información de Empleo (Lista de todos los actuales patrones-use el reverso del formulario si es necesario)

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cónyuge o Empleador de la Pareja

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ingresos Brutos Mensuales de la Familia: _____

Salario: _____

Ingreso de empleo por su cuenta: _____

Compensación por desempleo: _____

Seguro Social: _____

Seguro Social por Incapacidad: _____

Pensión de los Veteranos: _____

Discapacidad privada: _____

Compensación Laboral: _____

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas: _____

Ingresos de Jubilación: _____

Manutención de los hijos, Pensión Alimenticia o Manutención del Cónyuge: _____

Otro Ingreso: _____

Bienes:

Balance de la cuenta de cheques: \$ _____ Nombre del banco: _____

Balance de la cuenta de ahorros: \$ _____ Nombre del banco: _____

Valor de Acciones: \$ _____ Certificado de Depósito (Cos) Valor: \$ _____

Los Fondos Comunes de Inversión: \$ _____ Balance de Ahorros de Salud: \$ _____

Vehículos de Motor:

Marca: _____ Año: _____ Valor \$ _____

Marca: _____ Año: _____ Valor \$ _____

Propiedad:

¿Es dueño de rentas de la propiedad ? Si () No ()

En caso afirmativo, indique el ingreso mensual: \$ _____

Dirección de rentas de la propiedad: _____

Los Gastos Mensuales (Completar esta sección no se requiere si el paciente se considera: Sin hogar, fallecido sin bienes raíces, mentalmente incapacitado con ningún Poder Notarial o elegible para Medicaid, pero no para esta fecha del servicio, o para servicios de Medicaid no cubiertos):

Gastos de vivienda:\$ _____ Utilidades \$ _____

Alimentos \$ _____ Costos de Transporte \$ _____ Cuidado de Niños \$ _____

Los Préstamos Pendientes, incluyendo tarjetas de crédito:

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Cuentas Medicas Pendientes:

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Otros Gastos no indicados aquí arriba:

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Nombre: _____ Cantidad a pagar: \$ _____

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital.

Yo entiendo que la información comunicada podrá ser verificada por el Hospital, y autorizo al hospital para ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier ayuda financiera concedida a mí puede ser reversada, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Paciente o Firma del solicitante

Fecha

Por favor proporcionar los siguientes documentos para apoyar la información anterior. Si no se proporciona esta información dará lugar a que su aplicación se retrase y se devuelve hasta que se proporcione la información requerida:

1. Completado Solicitud de Asistencia Financiera
2. Una copia de su declaración de impuestos más actuales Forma 1040. Si usted no presentó los impuestos federales, por favor indique la razón por qué. Envíe una copia del extracto bancario, recibo de sueldo, los beneficios de desempleo o beneficios de seguridad social para el año más reciente.
 - a. Si la presenta con una pareja, unión civil, por favor proporcione una copia de la declaración de impuestos del estado de Illinois.
3. Si no hay empleo, por favor dígame a un miembro de la familia o un amigo que le apoye a presentar una declaración firmada verificando que están pagando cualquiera o todos sus gastos de vida.

Al no proporcionar todos los documentos exigidos dentro de los 60 días desde la fecha de servicio puede resultar en un retraso en el procesamiento o la negación de su solicitud y/o su cuenta seguirá el proceso de colección normal.

Envíe la aplicación por correo a:

Illinois Valley Community Hospital
ATTN: Servicios Financieros de Paciente
925 West Street
Perú, IL 61354

