

Divulgación financiera

Número(s) de cuenta_____

PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO:

Completar esta solicitud ayudará a SwedishAmerican Hospital a determinar si usted puede recibir servicios u otros programas públicos gratis o con descuento que le ayuden a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO.

Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social pero es útil para que el hospital determine si usted califica para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo personalmente en el hospital, envíelo por correo postal, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratis o con descuento en los siguientes 60 días a partir de la fecha en que es dado de alta o recibe atención como paciente ambulatorio. El paciente reconoce que ha realizado esfuerzos de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si es elegible para recibir asistencia financiera.

POSIBLE ELEGIBILIDAD

A continuación marque las opciones enumeradas que apliquen.

- Persona sin hogar
- Medicaid
- El paciente falleció sin patrimonio
- Programa de Apoyo para Alquiler de Vivienda de IHDA
- El paciente tiene discapacidad mental y no hay quien actúe en su nombre
- Participante del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Participante del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Participante del Programa de Almuerzos y Desayunos Gratis de Illinois
- Participante del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEP)
- Receptor de subvención de ayuda para servicios médicos
- Receptor de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Inscrito en un programa organizado basado en la comunidad que proporciona acceso a la atención médica que evalúa y documenta la situación financiera limitada de bajos ingresos como criterio para la afiliación

SWEDISHAMERICAN

A DIVISION OF UW HEALTH

INFORMACIÓN

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad y estado _____

Número de teléfono o celular _____

Empleador _____

Número de Seguro Social _____

____ Cantidad de dependientes (exenciones en su declaración de impuestos sobre la renta)

Edad de los dependientes _____

¿Era residente de Illinois cuando recibió los servicios? _____

¿Estuvo involucrado en un supuesto accidente? _____

Nombre del cónyuge/pareja o fiador _____

Dirección _____

Empleador _____

Número de teléfono o celular _____

INGRESOS FAMILIARES

(Salarios, trabajo por cuenta propia, desempleo, manutención, Seguro Social, etc.)

_____ Paciente (ingreso bruto anual)

_____ Cónyuge/pareja o fiador (ingreso bruto por año)

Debe incluir con esta solicitud la documentación para la verificación de los ingresos familiares. La documentación requerida puede incluir **la declaración de impuestos sobre la renta del último año, el estado del seguro social** (si aplica), **los últimos tres talones de pago.**

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local a la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria. Comprendo que el hospital puede verificar la información proporcionada, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si proporciono información falsa en esta solicitud de manera intencional, no seré elegible para recibir ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me otorgue se podrá revocar y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

Firma: _____

Paciente o solicitante

Fecha