

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
DIVULGACIÓN FINANCIERA

Fecha: _____

Número de Cuenta: _____

Es posible que usted pueda recibir atención gratuita o con descuento.

Al completar esta solicitud ayudará a que SwedishAmerican sepa si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Por favor, complete este formulario. Llévelo en persona a la Oficina de Negocios (Business Office) o envíelo por correo regular, correo electrónico o fax. Debe hacerlo dentro de un periodo de 60 días después del alta del hospital o dentro de un periodo de 60 días desde la fecha en que recibió servicios ambulatorios.

Si usted no tiene seguro médico, no necesita tener un número del seguro social para calificar para servicios gratuitos o con descuento.

Es necesario tener un número del seguro social para participar en algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario que proporcione un número del seguro social, pero hacerlo ayudaría a que el hospital sepa si usted califica o no para algún programa público.

Presunta Elegibilidad

Usted podría ser elegible para recibir asistencia antes de recibir la aprobación final. Por favor, marque cualquiera de los siguientes que correspondan:

- Persona sin hogar
- Tiene Medicaid
- El paciente ha fallecido y no tiene patrimonio (bienes y propiedades)
- Participa en el Programa de Apoyo para la Vivienda de Alquiler de la IHDA (Autoridad del Desarrollo de la Vivienda de Illinois)
- El paciente tiene una discapacidad mental y no hay nadie que actúe en su nombre
- Participa en el Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- Participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Participa en el Programa de Desayunos y Almuerzos Gratuitos de Illinois
- Participa en el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEP)
- Recibe ayuda de una subvención para pagar los servicios médicos

- Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Está inscrito(a) en un programa organizado con base en la comunidad. El programa proporciona acceso a atención médica que evalúa y documenta un estado financiero de bajos ingresos limitados como criterio de participación

Complete los siguientes espacios en blanco.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad o Estado: _____

Número de teléfono o celular: _____

Empleador: _____

Número del Seguro Social: _____

Número de personas dependientes (exenciones en la declaración de impuestos): _____

Edad de los dependientes: _____

¿Era usted residente de Illinois en el momento en que recibió los servicios? Sí No

¿Estuvo usted involucrado(a) en un presunto accidente?
 Sí No

Nombre del Esposo(a)/Pareja o Garante:

Dirección: _____

Empleador: _____

Número de teléfono o celular: _____

Ingresos de la familia (sueldo, trabajo autónomo, desempleo, manutención infantil, seguridad social, etc.)

- Paciente (ingreso anual bruto):

- Cónyuge/Pareja o Garante (ingreso anual bruto):

Se debe incluir junto a esta solicitud prueba de los ingresos familiares. Estas pruebas pueden incluir **la declaración de impuestos del año pasado, la declaración de la seguridad social (si procede), los tres últimos talones de pago, dos (2) estados de cuenta bancarios y prueba de residencia en Illinois.**

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
DIVULGACIÓN FINANCIERA

Al firmar este formulario, yo (1) certifico que, según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. (2) Reconozco que he hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada para ayudar a que el personal sepa si soy o no elegible para recibir ayuda financiera. (3) Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para ayudar a pagar esta factura del hospital. (4) Entiendo que la información proporcionada podría ser verificada por el hospital. (5) Autorizo que el hospital contacte a terceras partes para verificar la exactitud de la información que he proporcionado. (6) Entiendo que si proporciono deliberadamente información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda financiera, que cualquier apoyo financiero que me hayan concedido puede ser anulado, y que yo seré responsable de pagar la factura del hospital.

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

El paciente es: Menor de edad Incompetente/Incapacitado

Autoridad Legal: Tutor Legal Padre/Madre de un Menor
 Agente de Cuidados Médicos Otro: _____

Reviewed by: _____ Date: _____ Time: _____

Patient Name

DOB:

MR #

Date: _____

Account Number: _____

You may be able to receive free or discounted care.

Completing this application will help SwedishAmerican Hospital know if you can receive free or discounted services or other public programs that can help pay for your healthcare. Please complete this form. Return it to the Business Office in person, by mail, by electronic mail, or by fax. You must do so within 60 days of discharge from the hospital or within 60 days of the date you received outpatient care.

If you do not have insurance, a social security number is not required to qualify for free or discounted care.

A social security number is required for some public programs, including Medicaid. Providing a social security number is not required but will help the hospital know whether you qualify for any public programs.

Presumptive Eligibility

You may be eligible for assistance before getting final approval. Please check any of the items that apply:

- Homeless
- Medicaid
- Patient is deceased with no estate
- IHDA's Rental Housing Support Program
- Patient has mental incapacitation with no one to act on patient's behalf
- Women, Infants, and Children (WIC) Nutrition Program participant
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participant
- Illinois Free Lunch and Breakfast Program participant
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) participant
- Recipient of grant assistance for medical services
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF) recipient
- Enrollment in an organized community-based program. Program provides access to medical care that assesses and documents limited low-income financial status as a criterion for membership.

**SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
FINANCIAL DISCLOSURE – SPANISH**

Fill out the blanks below.

Patient Name: See Spanish Version

Date of Birth: See Spanish Version

Address: See Spanish Version

City and State: See Spanish Version

Telephone or cell phone number: See Spanish Version

Employer: See Spanish Version

Social Security Number: See Spanish Version

Number of persons who are dependents (exemptions on tax returns): See Spanish Version

Ages of dependents: See Spanish Version

Were you an Illinois resident at the time you received services? Yes No

Were you involved in an alleged accident? Yes No

Spouse/Partner or Guarantor Name: See Spanish Version

Address: See Spanish Version

Employer: See Spanish Version

Telephone or cell phone number: See Spanish Version

Family income (wages, self-employment, unemployment, child support, social security, etc.)

- Patient (gross per year):
See Spanish Version
- Spouse/Partner or Guarantor (gross per year):
See Spanish Version

Proof of family income must be included with this application. Options may include **last year's tax return, social security statement (if applicable), last three pay stubs, two (2) bank statements and proof of Illinois residence.**

Patient Name

DOB:

MR #

**SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
FINANCIAL DISCLOSURE – SPANISH**

By signing this form, (1) I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. (2) I acknowledge that I have made a good faith effort to provide all information requested to help the staff know whether I am eligible for financial help. (3) I will apply for any state, federal or local assistance to help pay for this hospital bill. (4) I understand that the information given may be verified by the hospital. (5) I authorize the hospital to contact third parties to verify the accuracy of the information I have given. (6) I understand that if I knowingly provide untrue information in this application, I will be ineligible for financial help, any financial support granted to me may be reversed, and I will be responsible to pay the hospital bill.

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: _____ Time: _____

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated

Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor
 Health Care Agent Other: _____

Reviewed by: See Spanish Version Date: _____ Time: _____