

Solicitud de ayuda económica
Número de cuenta del paciente: _____

Importante: Puede recibir atención gratis o con descuento.

Completar esta solicitud ayudará a NorthShore – Edward Elmhurst Health (NS-EEH) a determinar si puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Si no tiene seguro, no necesita tener un número de seguro social para calificar para la atención gratis o con descuento. Sin embargo, se necesita un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No necesita dar un número de seguro social, pero ayudará a NS-EEH a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario lo antes posible después de la fecha del servicio para que NS-EEH determine su elegibilidad para recibir ayuda económica. NS-EEH aceptará su solicitud hasta 240 días después del primer estado de cuenta de la facturación de la atención.

El paciente reconoce que hizo un esfuerzo de buena fe para dar toda la información que se pidió en la solicitud para ayudar a NS-EEH a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica.

INSTRUCCIONES: COMPLETE LA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.					
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Correo electrónico				Tamaño de la familia (incl. pac.)	
Apellido	Nombre	Inicial 2 ^{do} nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Dirección	N.º de apto.:	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa
Nombre del empleador		Dirección del empleador			Celular
Ciudad del empleador		Estado	Código postal	Ingreso bruto mensual	Teléfono de trabajo
Raza (opcional)	Grupo étnico (opcional)		Sexo (opcional)		Idioma preferido (opcional)
CÓNYUGE/GARANTE O PADRES DEL MENOR (CUANDO CORRESPONDA)					
Correo electrónico			Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	
Apellido	Nombre	Inicial 2 ^{do} nombre	Número de seguro social		
Dirección	N.º de apto.:	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa
Nombre del empleador		Dirección del empleador			Celular
Ciudad del empleador		Estado	Código postal	Ingreso bruto mensual	Teléfono de trabajo

Presunta elegibilidad:

Los pacientes **sin seguro** que demuestren uno de los criterios de presunta elegibilidad listados abajo individualmente o mediante los beneficios dados a su familia son automáticamente elegibles para recibir **atención gratis** y **no se solicitará prueba de ingresos**. Verificamos la elegibilidad electrónicamente cuando es posible, pero podríamos necesitar que nos ayude a demostrar su elegibilidad.

Marque todas las que correspondan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> LIHEAP: PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS |
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA COMUNITARIA |
| <input type="checkbox"/> ALMUERZO/DESAYUNO GRATIS EN ILLINOIS | <input type="checkbox"/> SUBVENCIÓN DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS MÉDICOS |
| <input type="checkbox"/> ENCARCELADO | <input type="checkbox"/> TANF: ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS |
| <input type="checkbox"/> FALTA DE VIVIENDA | <input type="checkbox"/> BANCARROTA PERSONAL (N.º DE CASO _____ FECHA DE ALTA _____) |
| <input type="checkbox"/> FALLECIDO SIN PATRIMONIO | <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN A UNA ORDEN RELIGIOSA Y VOTO DE POBREZA |
| <input type="checkbox"/> ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID, PERO NO EN LA FECHA DEL SERVICIO O PARA EL SERVICIO NO CUBIERTO | |
| <input type="checkbox"/> RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM DE LA AUTORIDAD DE DESARROLLO DE VIVIENDA DE ILLINOIS | |
| <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD MENTAL SIN NADIE QUE ACTÚE EN NOMBRE DEL PACIENTE | |

**** Si demuestra presunta elegibilidad, no necesita dar ninguna información de ingresos. Todavía debe firmar la Certificación del solicitante en la siguiente página.**

Solicitud de ayuda económica
Número de cuenta del paciente: _____

Información de ingresos:

Entregue los documentos solicitados abajo (cuando corresponda). Su solicitud puede retrasarse o negarse si alguno de los documentos solicitados no están incluidos.

Se debe entregar la siguiente documentación para el solicitante, cónyuge/pareja del solicitante, o si el solicitante/paciente es menor de edad, el padre/madre o tutor. Si no puede entregar ninguna documentación sobre sus ingresos, complete la carta de apoyo en la última página de esta solicitud.

Todos los solicitantes deben entregar prueba de residencia en Illinois, que incluye alguno de los siguientes: tarjeta de identificación válida emitida por el estado, factura reciente de servicios públicos residenciales, contrato de alquiler, tarjeta de registro de vehículo, tarjeta de registro de votante, otro correo dirigido al solicitante por un gobierno u otro fuente creíble, una declaración de un familiar que viva en la misma dirección y presente verificación de residencia, o una carta de un refugio para personas sin vivienda, casa de transición u otro centro similar.

Si trabaja:

- Copia de su declaración de impuestos del año anterior o formulario W-2, 1099, etc.
- Copias de los dos talonarios de pago más recientes
- Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de cooperativas de crédito

Si trabaja por cuenta propia:

- Copia de su declaración de impuestos del año anterior o formulario W-2, 1099, etc.
- Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de cooperativas de crédito

Si es desempleado:

- Copia de su declaración de impuestos del año anterior o formulario W-2, 1099, etc.
- Copia de su carta de adjudicación de desempleo que indique la cantidad de su beneficio
- Una carta de su empleador anterior con la fecha de finalización
- Una carta de confirmación de apoyo (carta completa en la última página de esta solicitud)

Si es un estudiante de tiempo completo:

- Prueba de inscripción a la universidad (incluyendo una carta de la universidad que muestre su estado de tiempo completo o documentación económica/matricula)

Si es jubilado o discapacitado:

- Copia de su declaración de impuestos del año anterior o formulario W-2, 1099, etc. (si corresponde)
- Copia de su carta de adjudicación más reciente de la Administración del Seguro Social que indique la cantidad del beneficio mensual
- Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de cooperativas de crédito

Comprobante de otros ingresos no salariales:

Entregue la siguiente información si corresponde a su situación económica:

- Carta de manutención del cónyuge o de los hijos
- Ingresos de alquiler de inmuebles
- Ingreso de inversiones inmobiliarias
- Cualquier otra fuente de ingresos no listada arriba

Información de la familia/grupo familiar:

Número de personas en la familia/grupo familiar	
Número de personas que son dependientes del solicitante	
Edades de los dependientes del solicitante	

Otra información:

Si tiene documentos adicionales que puedan ayudar a NS-EEHNS-EEH a tomar una decisión sobre su solicitud, como facturas pendientes importantes que demuestren dificultades económicas, entregue esos documentos (por ejemplo: facturas de teléfono, de electricidad, médicas, estados bancarios o de cuenta corriente, etc.).

Solicitud de ayuda económica
Número de cuenta del paciente: _____

Certificación de la solicitud:

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura de NS-EEH. Entiendo que la información que se entregó puede verificarse por NS-EEH y autorizo a NS-EEH a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información entregada en esta solicitud. Entiendo que si conscientemente doy información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda económica, cualquier ayuda económica que se me haya otorgado puede revocarse y seré responsable del pago de la factura de NS-EEH.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Dónde enviar las solicitudes completadas:

<u>Hospital:</u>	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
<u>Correo:</u>	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
<u>Fax, correo electrónico o portal del paciente:</u>	(847) 982-6957 o subir a NorthShore Connect	(773) 878-6838 o subir a NorthShore Connect	(847) 618-4549 o subir a NCH MyChart	(331) 221-2704 o enviar por correo electrónico a financialassistance@eehealth.org
<u>Teléfono:</u>	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
<u>En persona:</u>	Envíe las solicitudes completas y la documentación de apoyo a un asesor financiero del hospital visitando el hospital al que está solicitando ayuda.			

Las quejas o preocupaciones con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de ayuda económica del hospital pueden reportarse a la Oficina de atención médica del fiscal general de Illinois al 1-877-305-5145 o illinoisattorneygeneral.gov

Solicitud de ayuda económica

Número de cuenta del paciente: _____

Declaración de alojamiento y comida/carta de confirmación de apoyo

Este formulario debe completarse por la persona que da alojamiento y comida o ayuda económica y solo debe completarse por el solicitante si vive con alguien que no sea su cónyuge legal.

Yo, _____ actualmente doy (seleccione todas lo que correspondan)

- Ayuda económica
- Alojamiento y comida

para _____ desde _____

No soy responsable de los gastos médicos hechos por la persona arriba nombrada.

La dirección donde se ofrece alojamiento y comida

Doy un subsidio monetario de \$ _____ por semana/mes (encierre en un círculo).

Otro apoyo (explique) _____

Nombre y dirección de la persona que da apoyo (escriba en letra de molde)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que da apoyo: _____ Fecha: _____

Solicitud de ayuda económica

Número de cuenta del paciente: _____

Verificación del trabajo por cuenta propia

Estos ingresos de trabajo por cuenta propia corresponden al período más reciente de _____ a _____.

Ya que trabaja por cuenta propia, debe entregar registros precisos y completos de sus ingresos y gastos de trabajo para poder procesar su solicitud de ayuda económica. Usando la tabla de abajo, debe incluir todo el dinero que ingresa y su fuente. También debe listar todos los gastos que tuvo para producir sus ingresos durante el período del reporte. Los gastos de producción de ingresos incluyen, entre otros, cosas como inventario, materiales, servicios, transporte, salarios de los empleados y pagos de préstamos.

Fuente de ingresos comerciales	Fecha de recepción	Ingresos brutos	Gasto comercial/artículo comprado/pagado a quién	Cantidad

Declaro que la información que di en este documento es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Solicitud de ayuda económica

Número de cuenta del paciente: _____

Verificación de salario del empleadorEsta declaración es para confirmar que _____ ha trabajado
(nombre del empleado)en _____ desde _____
(nombre del empleador) (fecha de contratación)_____ recibe un ingreso bruto (antes de las deducciones
(nombre del empleado)

para impuestos, seguro social, seguros, etc.) de \$ _____.

La frecuencia de pago es:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Dos veces al mes
- Mensual
- Anual

_____/_____
Firma del empleador Cargo Fecha: __________
Dirección Estado Código postal Teléfono