

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO: esta solicitud será útil para ayudar a Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o si puede acceder a otros programas públicos que le puedan ayudar a pagar su atención médica.

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO NECESITA UN NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO.

Sin embargo, es necesario presentar un número del Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es obligatorio presentar un número del Seguro Social, pero ayudará a que el hospital determine si califica para algún programa público. Complete este formulario y entréguelo en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento en los 240 días posteriores a la fecha de alta o de la fecha en que recibió atención como paciente ambulatorio. El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para brindar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a que NMHC determine si el paciente cumple con los requisitos para recibir ayuda financiera.

SI USTED NO TIENE SEGURO Y CUMPLE CON CIERTOS CRITERIOS ESPECÍFICOS DE SUPUESTA ELEGIBILIDAD, NO SERÁ NECESARIO QUE COMPLETE ESTA SOLICITUD.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene vivienda | Inscripción en programas de asistencia para personas con ingresos bajos: |
| <input type="checkbox"/> Fallecido sin patrimonio | <input type="checkbox"/> Programa Women, Infants and Children Nutrition (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad mental sin representante | <input type="checkbox"/> Programa Supplemental Nutrition Assistance (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid, pero sin fecha de servicio | <input type="checkbox"/> Programa Illinois Free Lunch and Breakfast (LIHEAP) |

SOLICITANTE			
Nombre del solicitante		Nº del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado
Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Método de contacto preferido	<input type="checkbox"/> Correo de EE. UU	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa
<input type="checkbox"/> Teléfono celular	<input type="checkbox"/> No tiene vivienda	Ingreso anual familiar	
Estado civil del solicitante			Nº de personas en su casa
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> Viudo	<i>(tal como se informa en sus impuestos)</i>		
Estatus de empleo			
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado	Última fecha de trabajo: _____		
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Nombre del plan de seguro médico que ofrece el empleador (incluyendo COBRA)		
<input type="checkbox"/> No incluye seguro de salud			

CÓNYUGE/SOCIO/PADRE/GARANTE (si corresponde)			
Relación			
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Garante
<input type="checkbox"/> Otro:	_____		
Nombre		Nº del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Condición de empleo			
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado	Última fecha de trabajo: _____		
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado
Código postal	Nombre del plan de seguro que ofrece el empleador (incluyendo COBRA)		
<input type="checkbox"/> No incluye seguro de salud			

COBERTURA DE SEGUROS		
1. ¿Está cubierto o cumple con los criterios para acceder a alguna póliza de seguro médico, incluida la cobertura externa, el mercado de seguros médicos, beneficios para veteranos, Medicaid y Medicare?		
a.	En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:	
Titular de la póliza	Aseguradora	Número de la póliza
Titular de la póliza	Aseguradora	Número de la póliza

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

CUESTIONARIO	
1. ¿Era usted residente de Illinois cuando recibió la atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Es usted extranjero que reside en Illinois con visa de EE. UU.? a. En caso afirmativo, ¿qué tipo de visa? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Está tratando de obtener ayuda financiera para pagar la atención médica que recibió en nuestra sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Si usted está divorciado o separado, ¿es responsable financieramente su anterior cónyuge/pareja de la atención médica según el acuerdo de disolución o separación?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Se relaciona el tratamiento brindado con alguna de las siguientes opciones? <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Delito <input type="checkbox"/> Lesión en el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
6. ¿Contrató a un abogado o presentó un reclamo por lesiones o enfermedad? a. En caso afirmativo, indique lo siguiente: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del abogado	Número de teléfono del abogado
7. ¿Ya solicitó Medicaid? (<i>podemos pedirle que lo haga</i>) a. En caso negativo, marque todas las opciones que aplican para usted: <input type="checkbox"/> Usted tiene 19 años de edad o menos <input type="checkbox"/> Está tomando medicamentos para control de la diabetes, presión arterial alta o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí, está esperando aprobación <input type="checkbox"/> Sí, no cumple con los requisitos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene 65 años de edad o más <input type="checkbox"/> Está discapacitado según determinación de la Administración del Seguro Social <input type="checkbox"/> Está ciego <input type="checkbox"/> Está embarazada <input type="checkbox"/> Tiene hijos menores de 19 años de edad que viven con usted

BIENES	
1. Propiedades Proporcione información relacionada con cualquier tipo de bienes inmuebles (<i>edificios o tierra</i>) que sean de su propiedad y que no sean su residencia principal.	
a. ¿Cuál es el valor de todos los edificios y tierra menos el monto adeudado por la propiedad?	\$ _____ <input type="checkbox"/> N/A
i. ¿Se usa esta propiedad como fuente de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Cuál es el valor de la tierra (sin edificios) menos el monto adeudado por la propiedad?	\$ _____ <input type="checkbox"/> N/A
i. ¿Se usa esta propiedad como fuente de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Cuentas bancarias/Inversiones. Anote el saldo actual de cada una de las siguientes.	
a. Cheques/Ahorros/Cuentas de Cooperativas de Crédito:	\$ _____ <input type="checkbox"/> N/A
b. Otras inversiones (<i>bonos, acciones, etc. excluyendo IRA y/o cuentas de jubilación</i>):	\$ _____ <input type="checkbox"/> N/A

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal entender. Solicitaré ayuda local, federal o de cualquier estado para la cual pueda cumplir con los requisitos para ayudar a pagar mi factura del hospital. Entiendo que NMHC puede verificar la información que proporcioné, y autorizo a NMHC para que se comunique con terceros para verificar la veracidad de la información incluida en este formulario. Entiendo que si a sabiendas proporciono en esta solicitud información que no sea verdadera, o si la solicitud de alguna manera contiene un error material u omisión, no cumpliré con los requisitos para recibir ayuda financiera, y toda ayuda financiera que se me hubiese otorgado será negada y seré responsable de pagar las facturas.

Firma del solicitante

Firma del Cónyuge/Pareja/Padre/Garante (si corresponde)

Fecha

Fecha

Envíe la solicitud completa y los documentos que correspondan a:

Northwestern Memorial HealthCare
Attention: Financial Counseling
675 North Saint Clair, 2-110
Chicago, IL 60611
312.926.6906 o 800.423.0523 teléfono
312.694.0447 fax
finapps@nm.org

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

Documentos de apoyo requeridos para solicitar ayuda financiera

Proporcione los documentos requeridos a continuación. Su solicitud se retrasará o denegará en el caso de que no incluya cualquiera de los documentos requeridos. Si no puede proporcionar un documento, le agradeceremos enviar una carta de explicación.

Documentos Primarios:

- Documentos de impuestos: Entregue su declaración impositiva federal más reciente y el formulario W-2 o 4506-T de IRS: Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos.
- Documento de identificación con fotografía válido, emitido por el Gobierno:
 - Pasaporte, licencia de conducir, etc.
- Constancia de residencia de Illinois: Proporcione por lo menos uno de los siguientes documentos.
 - Documento de identificación con fotografía válido, emitido por el estado o licencia de conducir
 - Factura reciente de servicios públicos con dirección de Illinois
 - Tarjeta de registro de votante de IL
 - Sobre dirigido al solicitante enviado al correo actual por una agencia gubernamental u otra fuente confiable
 - Carta del albergue para personas sin hogar
- Prueba de Ingresos: Proporcione todos los documentos enumerados a continuación que correspondan.
 - Copias de los últimos dos cheques o comprobantes de desempleo
 - Copias de los últimos dos cheques o comprobantes de empleo
 - Copias de los últimos dos cheques o comprobantes del Seguro Social
- Constancia de bienes: Proporcione dos estados de cuenta más reciente para todas sus cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito.
- Solicitud completa y firmada

Documentos Suplementarios/Otros Documentos:

- Constancia de ingresos que no son sueldos: Proporcione los siguientes documentos que correspondan únicamente si no presentó una declaración de impuestos del año calendario anterior o si cambiará alguna de las siguientes fuentes de ingresos entre el año calendario pasado y este año.
 - Declaración de ingresos por pensión alimenticia
 - Declaración de ingresos por negocios
 - Declaración de ingresos por jubilación o pensiones
- Si está casado o en unión civil: Proporcione todos los documentos correspondientes relacionados con su cónyuge/pareja.
 - Constancia de ingresos e ingresos que no son sueldos (tal como se describió anteriormente)
 - Declaración de impuestos federales y formulario W-2 o 4506-T de IRS: Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos
 - Estado de cuenta más reciente de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito
- Complementario/Otros (si corresponde):
 - Si es extranjero, copia de su pasaporte y visa de los Estados Unidos
 - Tarjeta de seguro médico (copia del frente y atrás)
 - Carta de aprobación/denegación de Medicaid
 - Carta de respaldo (es decir si sus gastos de manutención los paga un tercero)