

N.º de expediente médico:

IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO:
Si completa esta solicitud, ayudará a University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudarle a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

SI ES UN PACIENTE NO ASEGURADO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No tiene que proporcionar un número de Seguro Social, pero ayudará a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo en University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial en persona, por correo o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha del alta o de la recepción de la atención ambulatoria. El paciente/garante afirma que de buena fe ha hecho lo posible por proporcionar toda la información que se le pide en la solicitud para ayudar a University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
Calle y n.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono principal:	Teléfono celular:	

¿El paciente era residente de Illinois en el momento de recibir el servicio?	Sí	No
¿Sufrió el paciente un supuesto accidente que dio lugar a la necesidad de recibir los servicios?	Sí	No
¿Fue el paciente víctima de un presunto delito que dio lugar a la necesidad de recibir los servicios?	Sí	No

Número de personas dependientes* del paciente.

Edades de las personas dependientes* del paciente.

*Un dependiente es un menor o cualquier persona que figure como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona.

Enumere todas las coberturas de seguro que estén relacionadas con los servicios recibidos

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de póliza	Número de grupo
Seguro médico			
Medicare			
Medicaid			
Beneficios para veteranos			
Compensación de trabajadores Lesiones personales/responsabilidad civil			
Seguro automotor			
Otro seguro			

Persona responsable de los beneficios no relacionados con el plan de salud			
Nombre de la persona responsable/del garante:			Teléfono/celular:
Dirección del garante:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico del garante:			Relación con el paciente:

Empleo			
Nombre del empleador principal:			Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
En el momento de recibir los servicios o después, ¿estaba/está el paciente divorciado o separado o involucrado en un procedimiento de disolución matrimonial?			Sí No
En el momento de recibir los servicios o después, ¿era/es el paciente un dependiente de un padre divorciado o separado o involucrado en un procedimiento de disolución matrimonial?			Sí No
Si la respuesta es sí, ¿quién es responsable de la atención médica del paciente de conformidad con el acuerdo u orden de divorcio o separación?			
Nombre:	Relación:		Teléfono/celular:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Enumere las consultas que se considerarán en el marco del Programa de Asistencia Financiera (incluya copias de la factura con la solicitud).					
Fecha de ingreso:	Fecha del alta:	Tipo de servicio:	N.º de consulta:	Expediente médico:	Saldo adeudado
Saldo pendiente total:					\$

Presunta elegibilidad
<p><i>Si un paciente cumple con los criterios de presunta elegibilidad dispuestos en relación con 77 I.A.C. 4500.40 (como se describe abajo) o es presunto elegible en virtud de los ingresos de la familia del paciente, <u>no</u> se le exigirá que complete las partes de la solicitud relacionadas con la información de gastos mensuales y las cifras de gastos estimados que se disponen en 77 I.A.C. 4500.30, subsección (g) (es decir, las partes de la solicitud en las que se solicite información de gastos mensuales y las cifras de gastos estimados relacionados con vivienda, servicios públicos, alimentos, transporte, cuidado infantil, préstamos, gastos médicos y otros gastos).</i></p> <p>Se puede considerar al solicitante como presunto elegible si puede demostrar uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de vivienda Fallecimiento sin herencia Discapacidad mental sin nadie que represente al paciente Elegible para Medicaid, pero no en las fechas del servicio Inscripción en uno o más de los siguientes programas de asistencia: <ul style="list-style-type: none"> WIC SNAP LIHEAP Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois Inscripción en un programa comunitario organizado que da acceso a atención médica, y que evalúa y documenta la situación financiera de bajos ingresos como criterio de membresía Recibo de subsidio de asistencia para servicios médicos

Enumere los ingresos, los bienes, los gastos y las deudas			
Salarios e ingresos <i>(anuales; mensuales)</i>		Gastos y deudas <i>(mensuales)</i>	
Salario – Solicitante	\$ _____	Hipoteca/alquiler	\$ _____
Salario – Otros miembros de la familia	\$ _____	SERV. PÚBLICOS: Gas/electricidad	\$ _____
Seguro Social/beneficio por incapacidad	\$ _____	SERV. PÚBLICOS: Teléfono/celular	\$ _____
Beneficio por jubilación/pensión	\$ _____	Cuidado infantil	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Subsidio por desempleo	\$ _____	Seguro automotor	\$ _____
Bienes y bienes estimados		Tarjetas de crédito	\$ _____
Cheques, ahorros, acciones, fondos, etc.	\$ _____	Seguro médico	\$ _____
Ahorros para la salud/gastos flexibles	\$ _____	Gastos médicos totales	\$ _____
Automóviles	\$ _____	Préstamo: Automóviles	\$ _____
Bienes inmobiliarios	\$ _____	Préstamo: Escuela/educación	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	Otro: _____	\$ _____

Certificación	
<p>Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible que me ayude a pagar esta factura del hospital. Comprendo que The Medical Center puede verificar la información proporcionada y los autorizo a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera. Cualquier asistencia financiera que se me proporcione se puede revertir, y yo seré responsable del pago de las facturas.</p>	
Firma del solicitante: _____	Fecha: _____

Documentación requerida
Solicitud de asistencia financiera completada y firmada
Y
Una o más de las siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la última declaración de impuestos • Copia de los últimos formularios W-2 y 1099 • Copias de los 2 últimos recibos de nómina • Constancia de ingresos por escrito de un empleador si se le paga en efectivo
Si un paciente no puede proporcionar alguno de los documentos que se indican aquí, el IMH colaborará con el paciente para determinar si existe otro medio aceptable para documentar los ingresos familiares.
Las solicitudes completas y los documentos adjuntos se pueden enviar por:
<p>Correo: University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial FAP Application Processing One Ingalls Drive Harvey, IL 60426-9988</p> <p>Fax: 708-225-7535</p> <p>Correo electrónico: faprogram@ingalls.org</p>