

Número de expediente médico (Medical record number, MRN):

**IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE RECIBA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:** Completar esta solicitud ayudará a University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital.

**SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE 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, que incluyen Medicaid. No se requiere proporcionar un número de seguro social pero ayudará a determinar si califica para cualquier programa público.

Complete este formulario y preséntelo a University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial en persona, o envíelo por correo o fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de alta o de recepción de atención ambulatoria. El paciente/garante reconoce que él o ella ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar a University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial a determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
Calle con n.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono primario:	Teléfono móvil:	

¿Al momento del servicio, el paciente era residente de Illinois?  Sí  No  
 ¿El paciente estuvo involucrado en un presunto accidente que generó la necesidad de servicios?  Sí  No  
 ¿El paciente fue víctima de un presunto delito que generó la necesidad de servicios?  Sí  No

¿Cuál es la cantidad de personas que son dependientes\* del paciente?

¿Cuáles son las edades de los dependientes del paciente?

\*Dependiente significa un menor o cualquier persona que esté incluida como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona.

**Enumere todas las coberturas de seguro que se relacionan con los servicios recibidos**

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de la póliza	Número de grupo
Seguro médico			
Medicare			
Medicare suplementario			
Medicaid			
Beneficios para veteranos			
Compensación por accidentes de trabajo			
Lesiones/responsabilidad personal			
Seguro de automóvil			
Otro seguro			
Nombre de parte responsable/garante:			Teléfono/celular:
Calle del garante:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico del garante:			Relación con el paciente:

<b>Empleo</b>			
Nombre del empleador primario:		Teléfono:	
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Al momento del servicio o posteriormente, ¿el paciente estaba/está divorciado o separado o involucrado en un procedimiento de disolución de la sociedad conyugal?		Sí	No
Al momento del servicio o posteriormente, ¿el paciente era/es dependiente de un padre/madre que está divorciado o separado o involucrado en un procedimiento de disolución de la sociedad conyugal?		Sí	No
De ser así, ¿quién es responsable de la atención médica del paciente según el acuerdo u orden de divorcio o separación?			
Nombre:		Relación:	
Calle:		Teléfono/celular:	
Calle:		Ciudad:	Estado:
		Código postal:	

**Enumere los encuentros que deban ser considerados en virtud del Programa de Asistencia Financiera (Incluya copias de la factura con la solicitud.)**

Fecha de admisión:	Fecha de alta:	Tipo de servicio:	N.º de encuentro:	Expediente médico:	Saldo deudor
Saldo pendiente total:					\$

**Enumere ingresos, activos, gastos y deudas**

<b>Remuneración e ingresos (Anuales)</b>		<b>Gastos y deudas (Mensuales)</b>	
Remuneración – Solicitante	\$ _____	Hipoteca/Renta	\$ _____
Remuneración – Otro(s) miembro(s) del hogar	\$ _____	Servicios públicos: Gas/luz	\$ _____
Seguro social/Subsidio por incapacidad	\$ _____	Servicios públicos: Teléfono/Teléfono móvil	\$ _____
Beneficio por jubilación/pensión	\$ _____	Cuidado de menores	\$ _____
Manutención conyugal/manutención de menores	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Subsidio por desempleo	\$ _____	Seguro de automóvil	\$ _____
<b>Activos y activos estimados</b>		Tarjeta(s) de crédito	\$ _____
Cuenta corriente, caja de ahorro, acciones, fondos, etc.	\$ _____	Seguro médico	\$ _____
Cuenta de Ahorros de salud/Gastos flexibles para la salud	\$ _____	Gastos médicos totales	\$ _____
Automóvil(es)	\$ _____	Préstamo: Automóvil(es)	\$ _____
Bienes inmuebles	\$ _____	Préstamo: Escuela/Educación	\$ _____
Otro:	\$ _____	Otro:	\$ _____

**Certificación**

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por The Medical Center, y los autorizo a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si conscientemente proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la asistencia financiera. Cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser anulada y seré responsable del pago de la(s) factura(s).

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Documentación requerida**

Una Solicitud de Asistencia Financiera completamente completada y firmada

**Y**

Uno o más de lo siguiente:

- copia de la última declaración de impuestos
- copia del último Formulario W-2 y Formulario(s) 1099
- copias de los 2 últimos recibos de nómina
- una constancia de ingresos escrita de un empleador si se le paga en efectivo

Si un paciente no puede proporcionar ninguno de los documentos que se indican aquí, el IMH trabajará con el paciente para determinar si existe otro medio aceptable para documentar el ingreso familiar.

**Las solicitudes y adjuntos completados se pueden enviar a través de:**

**Correo:** University of Chicago Medicine, Ingalls Memorial  
FAP Application Processing  
One Ingalls Drive  
Harvey IL 60426-9988

**Fax:** 708-225-7535

**Correo electrónico:** [faprogram@ingalls.org](mailto:faprogram@ingalls.org)