



APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE:

Cuenta Medica:

IMPORTANTE: USTED PUEDE RECIBIR CUIDADO DESCONTADO O GRATUITO: Completando esta Aplicación ayudará a la Universidad de Chicago Medicine (Centro Medico) determinar si puede recibir asistencia financiera para pagar por sus servicios con descuento, gratis, y otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Por favor enviar esta solicitud al centro médico.

SI NO TIENE SEGURO DE SALUD, UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES NECESARIO PARA CALIFICAR PARA ASISTENCIA GRATUITA O CON DESCUENTO FINANCIERO. Sin embargo, un número de Seguro Social es requerido para algunos programas, incluyendo Medicaid. Ofrecer un numero de Seguro Social no es necesario, pero ayudará determina si califica para cualquier programa público.

Por favor complete esta aplicación y entréguelo al centro médico en persona, por correo, o por fax. Por favor espere dentro de 60 días a la fecha de descarga o ya que haya sido un paciente de consultas ambulatorios. El Paciente/Garante reconoce que él o ella han hecho esfuerzos de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la aplicación para que el Centro Médico pueda determinar si el paciente es elegible para ayuda financiera.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono/Celular: _____ Seguro Social #: _____

(No es necesario si el paciente no tiene seguro)

Correo Electrónico: _____

Fue el paciente un residente del estado de Illinois el día de servicio?	Si	No
Fue el paciente involucrado en un presunto accidente que llevó a la necesidad de servicios?	Si	No
Fue el paciente víctima de un presunto asalto/golpe en que lleva a la necesidad de servicios médicos?	Si	No
Número de personas en la familia/casa?		
Número de personas que son dependientes * del paciente/Garante?		
Cuáles son las edades de los dependientes * del paciente/Garante?		

* Dependiente significa un menor o cualquier persona que es usted tenga como dependiente en la declaración de impuestos federales.

Nombre de Responsable/
Nombre de Garante: _____ Teléfono/Celular: _____

Dirección del Garante/Responsable: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo Electrónico de Garante/Responsable: _____ Relación con el paciente: _____

En el tiempo de servicio y hoy en día, el paciente fue divorciado, separado, o involucrado en un proceso de disolución marital?

Sí _____ No _____

En el momento de servicio y hoy en día, el paciente es dependiente de un padre que es divorciado o separado o involucrado en un procedimiento de disolución matrimonial?

Sí _____ No _____

Si la respuesta fue SI a una de las preguntas, entonces quién es responsable del prevenir del paciente por el acuerdo de divorcio o separación?

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono/Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre del empleador del PACIENTE: _____ Teléfono/celular: _____

Dirección del empleador del PACIENTE: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Nombre del empleador de PAREJA: _____ Teléfono/celular: _____

Dirección del empleador de PAREJA: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Nombre del empleador de PADRES/GUARDIANES: _____ Teléfono/celular: _____

Dirección del empleador de PADRES/GUARDIANES: _____ Ciudad, estado, Código Postal: _____

LISTA MENSUAL FAMILIAR DE INGRESO BRUTO DE TODAS LAS FUENTES A CONTINUACIÓN:

Salario bruto (antes de impuestos) mensual (paciente)	\$
Salario bruto (antes de impuestos) mensual (pareja de paciente)	\$
Salario bruto (antes de impuestos) mensual (Padre o Guardián)	\$
Salario bruto (antes de impuestos) mensual (otro padre, guardián, o pareja)	\$
Trabajador autónomo – Dueño de Pequeño Negocio	\$
Trabajador autónomo – Dueño de Pequeño Negocio	\$
Desempleo (compensación)	\$
Ingreso de Seguro Social	\$
Ingreso de Seguro Social	\$
Ingreso de Incapacidad	\$
Pensión para Veteranos	\$
Incapacidad de Veteranos	\$
Incapacidad privada	\$
Compensación a los trabajadores	\$
TANF – asistencia temporal para familias necesitadas	\$
Ingreso de Retiro/Jubilación	\$
Child Support - Mantenimiento de Hijos	\$
Pensión Alimenticia	\$
Otros Ingresos	\$
Salario mensual en bruto de Garante/Fiador:	\$
Nombre del otro/a Garante/Fiador:	\$

LISTA DE BIENES Y ACTIVOS ESTIMADO VALOR INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Cuenta de cheques	\$
Cuenta de ahorros	\$
Acciones	\$
Certificados de deposito	\$
Fondos Mutuos	\$
Cuenta de ahorros de Salud – HSA/FSA	\$
Automóviles o otros vehículos Modelo: Año:	\$
Automóviles o otros vehículos Modelo: Año:	\$
Automóviles o otros vehículos Modelo: Año:	\$
Propiedad de bienes – domicilio/casa	\$
Propiedad de bienes – otro domicilio/casa	\$
Otros Bienes	\$

TOTAL \$

***GASTOS MENSUALES Y LOS ESTIMADOS DE COSTO A CONTINUACIÓN**

Renta de vivienda / Pago hipotecaria	\$
Utilidades (agua, electricidad, etc.)	\$
Comida	\$
Transporte	\$
Cuidado infantil	\$
Prestamos	\$
Gastos Médicos (otros hospitales)	\$
Otros Gastos	\$
Otros Gastos	\$
TOTAL \$	

*POR FAVOR PRESTE ATENCION: Si un paciente cumple los criterios de elegibilidad presuntiva establecidos por la póliza del Centro Médico (de acuerdo con los requisitos legales en la sección 4500.40) o será presuntivamente elegible por virtud del ingreso de la familia del paciente . No tendrá que completar las porciones de la aplicación donde pedimos la información mensual de gastos y estimados de gastos.

LISTA DE TODAS LAS COBERTURAS DE SEGUROS EN LA SECCION A CONTINUACION, RELATIVO A LOS SERVICIOS RECIBIDOS:

Clase de Seguro	Compañía de Seguro	Numero de Póliza	Numero de Grupo
Seguro de Salud			
Medicare			
Ayuda Publica /Medicaid			
Otra Ayuda Publica			
Suplementario a Medicare			
Medicare parte D			
Beneficios para Veteranos			
Compensación a los trabajadores			
Seguro Personal para danos/responsabilidad			
Seguro de Auto (plan médico)			
Otro Seguro con Cobertura medica			

CERTIFICO: Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Yo aplicare para cualquier ayuda estatal, federal o local para ser elegible para poder pagar esta factura del hospital. Entiendo que puede ser verificada la información por el Centro Médico, y les autorizo a terceras agencias para verificar la exactitud de la información de contacto indicado en esta solicitud. Entiendo que si deliberadamente doy información falsa en esta solicitud, NO seré elegible para ayuda financiera. Y se puede revocar cualquier asistencia financiera dada a mí, y yo seré responsable por el pago de la factura (s).

Firma:

Fecha:

DOCUMENTOS NECESARIOS:

- * Esta forma – completamente llena con información y firmada
- * Copia de licencia de conductor o identificación estatal o otra identificación
- * Copia de declaración de impuestos federales del año más reciente (1040ez, 1040, etc.)
- * Documentación de ingresos de la familia (talón de cheques, declaraciones de beneficio, cartas de ayuda o seguro social, órdenes judiciales u otra documentación)

Las aplicaciones completamente llenas y firmadas listas para revisión, se pueden entregar de las siguientes maneras:

CORREO	FAX	EN PERSONA
University of Chicago Medicine	773-702-1276	En el Hospital
Patient Financial Services	ATTN: Patient Financial Services	DCAM Cuarto 1A
Suite 300		Admissions; Mitchell & CCD
150 Harvester Drive		Emergency Department
Burr Ridge, Il 60527-5965		

Usted recibirá notificación de la determinación dentro de 10 días negociantes ya que hemos recibido la aplicación completa con todos los documentos necesarios. Se tiene preguntas o asistencia en llenar esta aplicación, por favor llame a Patient Financial Services (773) 702-5276 y deje un recado.

Si lo aprobamos para asistencia, La Universidad de Chicago (Hospital) le dará su información al La Universidad de Chicago (oficina de doctores) para que reciba asistencia financiera para facturas/balances.

NUMEROS IMPORTANTES	
Si tiene preguntas de su balances con UNIVERSITY OF CHICAGO MEDICINE	773 702-6664
Si tiene preguntas de su balances con UNIVERISTY OF CHICAGO PHYSICIAN GROUP	773 702-1150
Si tiene preguntas de su Aplicación de Asistencia Financiera para Pacientes	773 702-5276
Cual cuera otra preguntas – UNIVERSITY OF CHICAGO MEDICINE operadora	773 702-1000