Asistencia Económica para Pacientes

Guarde estas dos páginas para su información y archivo.

Es posible pueda recibir atención médica Gratis o con Descuento: Al completar esta solicitud, ayuda a University of Chicago Medicine saber si puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos para ayudarle pagar la atención médica.

Si no tiene seguro médico, un número de Seguro Social no es necesario para recibir atención médica gratuita o con descuento. La tarjeta del Seguro Social es necesaria para algunos programas públicos, como Medicaid.

No es necesario incluir su número de Seguro Social en esta solicitud. Sin embargo, ésto ayuda al hospital determinar si puede recibir ayuda económica de programas públicos.

Puede solicitar atención médica gratuita o con descuento en un plazo de 90 días a partir de la fecha de alta o de haber recibido atención médica en un consultorio. Para solicitarla, complete este formulario y entréguelo al hospital en persona, por correo, correo electrónico o fax.

Al firmar este formulario, usted declara que ha hecho todo lo posible por proporcionar toda la información solicitada para determinar si puede recibir asistencia económica.

Para solicitar asistencia económica: Complete las páginas 1 a 4 de la solicitud adjunta.

Documentos que Debe Enviar

1. Solicitud de Asistencia (ayuda) Económica para Pacientes, completada y firmada	
2. Copia de licencia para conducir o identificación del estado del paciente y aval (persona responsable del pago de la factura del paciente).	
3. Cualquiera de lo siguiente: (solo 1 es necesario)	
• Una copia de última declaración de impuestos	
• Una copia de formularios W-2 y 1099 más recientes	
• Copias de dos talones de nóminas más recientes	
• Justificante por escrito de ingresos por la empresa en caso reciba pago en efectivo	
• Otro tipo de justificante de ingresos por un tercero que sea aceptado por el hospital.	

Firme la solicitud y devuélvala con los documentos requeridos

Envíela lo antes posible a:	The University of Chicago Medicine 150 Harvester Drive, Suite 300 Burr Ridge, IL 60527-5965 **Correo Electrónico: FinAssistance@uchicagomedicine.org Fax: 773-834-0352**

Si es Aprobado Recibir Asistencia Económica

Al recibir su solicitud completada y con la documentación requerida:

- Le notificamos en un plazo de 10 días hábiles si puede obtener asistencia económica.
- **Si es aprobado para asistencia económica:**
- Ingalls Memorial Hospital (Ingalls) le notifica se le ha concedido la asistencia económica de los proveedores de atención médica que prestan servicios cubiertos por la Política de Asistencia Económica de Ingalls. De este modo, puede obtener el mismo descuento en su factura del hospital y en cualquier factura de su médico.
- **Recuerde:** algunos servicios, incluyendo los prestados por un médico, pueden ser facturas separadas.

Asistencia Económica para Pacientes

Guarde estas dos páginas pra su información y archivo

Importante: El paciente **no necesita completar la sección de Gastos Mensuales de la página 3** de la Solicitud de Asistencia Económica para Pacientes **si**:

- El paciente cumple con el **Criterio de Elegibilidad Presunta de la Sección 4500.40** que se indica a continuación (cualquiera de la siguiente lista se aplica al paciente) **o**
- El paciente puede obtener asistencia económica en base al ingreso de la familia.

Criterio de Elegibilidad Presunta de la Sección 4500.40

Se considera que los pacientes de UChicago Medicine cumplen con los requisitos para recibir asistencia económica del hospital si se da alguna de las siguientes circunstancias. Esto significa que ellos pueden tener acceso a la atención médica mientras se evalúa su solicitud. Ellos no tienen que esperar a que se apruebe su solicitud para recibir atención médica.

1. No tienen hogar
2. Ha fallecido (muerto) sin haber dejado patrimonio (no ha dejado nada de valor económico)
3. Tiene incapacidad mental (una discapacidad mental que le impide tomar decisiones por sí mismo) y no hay nadie que pueda actuar en su nombre
4. Puede obtener Medicaid, aunque no para la fecha del servicio o Medicaid declina pagar por el servicio
5. Participa en alguno de estos programas para personas con bajos ingresos (el ingreso de la persona es igual o inferior al 200 % de las directrices federales de ingresos de pobreza):
   - Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
   - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
   - Programa de Almuerzos y Desayunos Gratuitos de Illinois
   - Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajo Ingreso (LIHEAP)
   - Programa comunitario organizado que proporciona acceso a la atención médica. El programa demuestra que la persona cumple los requisitos de bajo ingreso para recibir las prestaciones.
   - Recibe una subvención económica para servicios médicos

Números de Teléfono Importantes

Para preguntas sobre su factura y asistencia económica	**(708) 333-1100**
Cualquier otra pregunta: Operadora de University of Chicago Medicine	**(773) 702-1000**

Quejas o inquietudes relacionadas con esta solicitud o con el proceso de asistencia económica del hospital se pueden reportar a la Oficina de Atención Médica de la Fiscalía General de Illinois. Llamar al **1 (877) 305-5145.**

Solicitud de Asistencia Económica para Pacientes

Patient Sticker

Información del Paciente

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Teléfono de casa:	Teléfono celular:

Correo electrónico:

Número de Seguro Social del Paciente: _____

Debe facilitar un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid.

No necesita un número de Seguro Social para recibir atención médica gratis o con descuento. Sin embargo, proporcionar su número de Seguro Social nos ayuda saber si puede obtener alguno de estos programas públicos.

Preguntas para el Paciente

¿Era el paciente un residente de Illinois en el momento del servicio?	☐ Sí ☐ No
¿Tuvo el paciente un accidente que dio lugar a la necesidad de los servicios?	☐ Sí ☐ No
¿Fue el paciente víctima de un delito que dio lugar a la necesidad de servicios?	☐ Sí ☐ No
¿Cantidad de personas que viven en el hogar con el paciente?	
¿Cuántas personas son dependientes del paciente? (Un dependiente es cualquier persona menor de 18 años o cualquier persona mencionada como dependiente en la declaración de impuestos federales.)	
¿Cuáles son las edades de los dependientes del paciente?	

Información de la persona responsable o del aval: El aval es una organización o persona (distinta all paciente) que es económicamente responsable de las facturas médicas del paciente.

Nombre de la persona responsable o del aval:

Parentesco con el paciente:

Teléfono:	Teléfono celular:

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Correo electrónico:

Solicitud de Asistencia Económica para Pacientes

Patient Sticker

Empresa y lugar de trabajo del paciente

Nombre de empresa:		
Teléfono:	Teléfono celular:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Empresa y lugar de trabajo de la persona responsable o del aval

Nombre de empresa:		
Teléfono:	Teléfono celular:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Ingreso mensual total de la familia de toda fuente La cantidad que gana antes de las deducciones o impuestos. **El importe total debe incluir los ingresos del paciente y los de su cónyuge o pareja.**	**Cantidad Total**
Salario mensual del paciente	
Salario mensual del cónyuge o pareja del paciente	
Salario mensual del padre/madre o tutor legal del paciente	
Ingreso de propio negocio	
Subsidio de desempleo	
Ingreso del Seguro Social	
Seguro Social por Discapacidad	
Pensión de Veterano	
Discapacidad de Veterano	
Beneficios Privados por Discapacidad	
Compensación del Trabajador	
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	
Ingreso por Jubilación	
Manutención de Menores	
Pensión Alimenticia u Otra Manutención Conyugal	
Otro ingreso	
Salario Mensual de Otro Aval Nombre del Otro Aval: _____	

Solicitud de Asistencia Económica para Pacientes

Patient Sticker

Valor de Todo Patrimonio	Cantidad Total
Cuenta de Cheques	
Cuenta de Ahorros	
Acciones	
Certificados de Depósito (Inversión a Plazo)	
Fondo de Inversión	
Cuenta de Ahorros para la Salud o Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	
Automóvil u otro vehículo (marca y año)	
Automóvil u otro vehículo (marca y año)	
Automóvil u otro vehículo (marca y año)	
Bienes Inmuebles de su propiedad, (como una casa o terreno) Favor describir:	
Bienes Inmuebles de su propiedad, (como una casa o terreno) Favor describir:	
Otro Patrimonio	

Gastos Mensuales (lo que cuestan éstos por mes)

Paciente no debe completar esta parte si cumple el Criterio de Eligibilidad Presunta de la Sección 4500.40 o si puede recibir asistencia económica basado en el ingreso familiar del paciente. Vea página 2.

	Cantidad Total
Vivienda (renta o hipoteca mensual)	
Servicios públicos (gas electricidad, agua, teléfono...)	
Comida	
Transporte (gasto por transporte público o gasolina, cobertura del auto, estacionamiento	
Guardería	
Préstamos (pagos a préstamos)	
Gastos médicos (primas, equipo médico, recetas)	
Otros gastos	
Total de gastos mensuales	

Solicitud de Asistencia Económica para Pacientes

Patient Sticker

Enumere todas las coberturas de seguro que tenga por los servicios prestados

Tipo de seguro	Nombre de aseguradora	Número de póliza	Número de grupo
Seguro Médico			
Medicare			
Illinois Medicaid			
Otro Medicaid			
Suplemento de Medicare			
Parte D de Medicare			
Beneficios para Veteranos			
Compensación del Trabajador			
Lesiones Personales y Responsabilidad Civil			
Seguro de Automóvil			
Otro Tipo de Seguro			

Certificación

Al firmar a continuación, el paciente o aval declara que ha facilitado toda la información solicitada en esta aplicación. El objetivo es ayudar a UChicago Medicine determinar si el paciente puede recibir asistencia económica.

Al firmar mi nombre, declaro (certifico) que:

- La información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Solicitaré cualquier asistencia económica estatal, federal o local que pueda ayudarme pagar esta factura del hospital.
- Doy permiso para que UChicago Medicine se ponga en contacto con otras organizaciones para verificar que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.
- Soy consciente que, si facilito información en esta solicitud que no sea verdadera y correcta, no se me concede asistencia económica. Cualquier asistencia económica que se me haya concedido puede ser retirada y soy responsable del pago de cualquier factura.

Nombre en Letra de Molde del Paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Nombre en Letra de Molde del Aval: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____