

**SOLICITUD PARA
DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA ECONÓMICA**

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a Warner Hospital & Health Services/Family Medicine a determinar si puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar la atención médica. Envíe esta solicitud al hospital. Complete este formulario y envíelo a la oficina comercial del hospital en persona o por correo para solicitar atención gratis o con descuento en un plazo de 90 días desde la fecha de alta o de la recepción de atención ambulatoria .

Nombre del paciente:	
Nombre del cónyuge/pareja/garante:	
Dirección:	
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:
Empleador del paciente/garante:	Fecha de inicio:
Dirección del empleador:	
Empleador del cónyuge/pareja:	Fecha de inicio:
Dirección del empleador:	

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario dar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público. _____(Número de Seguro Social)

	Nombre	Edad	Relación
Solicitante y miembros del grupo familiar dependientes			

Se debe proporcionar información de activos para los solicitantes, pero no se utilizará para determinar la elegibilidad de descuento para los servicios de Medicina Familiar (RHC). La información de los activos se utilizará para determinar la elegibilidad de descuento para los servicios del Hospital o la cantidad máxima cobrable aplicable para un paciente sin seguro.

Cuenta corriente:	Cuenta de ahorro:	Acciones:	Certificados de depósito:
Fondos mutuos:	Autos/vehículos:	Inmuebles:	Cuentas de ahorros para gastos médicos o de gastos flexibles:

Circunstancias personales significativas:
Plan de pago ofrecido:

SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA ECONÓMICA

(Si el paciente cumple los criterios de elegibilidad presuntiva o es presuntamente elegible debido a los ingresos familiares del paciente, el paciente no debe completar la sección de obligaciones mensuales)

Fuente de ingresos mensuales	Cantidad	Obligaciones mensuales	Cantidad
Salarios brutos (incluye el trabajo autónomo)		Renta/hipoteca	
Ingresos de jubilación		Servicios públicos	
Seguro Social		Comida	
Discapacidad del Seguro Social		Transporte	
Compensación por desempleo		Gastos médicos	
Pensión alimenticia/apoyo recibido por parte del cónyuge		Cuidado de niños	
Pensión para veteranos o pensión por discapacidad		Préstamos	
Otro; describa		Otros gastos (escríbalos en otra hoja)	
Ingresos mensuales totales		Gastos mensuales totales	

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para dar toda la información solicitada en el formulario para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica.

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Solicitaré ayuda estatal, federal y local para la que puedo ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que el hospital puede verificar la información que di y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la precisión de la información en esta solicitud. Entiendo que, si doy información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda económica, toda ayuda económica que se me haya garantizado puede cancelarse y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Fecha y hora

Firma

Fecha y hora de recepción

Empleado

OPCIONAL

Debemos pedirle la siguiente información demográfica. **Su respuesta o falta de respuesta no afecta a su determinación de la ayuda económica.**

Raza: _____
 Etnia: _____
 Sexo: _____
 Idioma preferido: _____

Las quejas o las preocupaciones sobre la solicitud del descuento para pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda económica del hospital se pueden reportar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois al (877)305-5145. <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

Warner Hospital & Health Services es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades. 