

Fecha de hoy _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ NHC _____

Es posible que pueda recibir atención médica gratuita o con descuento.

Complete esta solicitud para ayudar a Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) a determinar si puede obtener:

- Servicios gratuitos o con descuento
- Otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica

Si no tiene seguro médico: no necesita un número de seguro social para obtener atención médica gratuita o con descuento.

Se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario que proporcione un número de seguro social, pero hacerlo ayudará a NMHC a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo en persona o por correo, correo electrónico o fax, junto con **todos** los documentos de respaldo requeridos. Debe presentar una solicitud completa y los documentos de respaldo **dentro de los 240 días** posteriores a que le den el alta o reciba atención ambulatoria.

Usted reconoce que intentó de buena fe solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 240 días posteriores a la fecha del alta o la fecha en que recibió atención ambulatoria. Usted reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información que esta solicitud solicita para ayudar a NMHC a determinar si califica para recibir asistencia financiera.

Si no tiene seguro médico y cumple con ciertos criterios: no necesita completar esta solicitud.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tiene hogar.
<input type="checkbox"/> El paciente ha fallecido, sin cónyuge/patrimonio.
<input type="checkbox"/> No puede tomar sus propias decisiones (incapacidad mental) y no tiene a nadie que actúe en su nombre.
<input type="checkbox"/> Usted es elegible para Medicaid, pero no la fecha del servicio. | Seleccione cualquiera de estos programas en el que está inscrito.
<input type="checkbox"/> Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
<input type="checkbox"/> Programa de desayuno y almuerzo gratuitos de Illinois
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia energética para el hogar de Illinois (LIHEAP) |
|--|--|

Su información			
Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	
Domicilio particular	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono celular	Correo electrónico	
Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Correo de EE.UU. <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono			Ingresos anuales del hogar
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo o viuda			Número de personas en su hogar (según consta en sus impuestos):
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Desempleado (agregar última fecha trabajada) _____			
Nombre del empleador		Teléfono	
Domicilio del empleador		Ciudad	Estado
Nombre del plan de seguro médico que ofrece su empleador, incluido COBRA			<input type="checkbox"/> Su empleador no ofrece seguro médico.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ NHC _____

Cobertura de seguro		
Está cubierto o es elegible para alguna póliza de seguro de salud, incluyendo:		
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico internacional/de viaje • Planes del mercado de seguros médicos • Beneficios para veteranos • Medicaid • Medicare 		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si respondió sí, proporcione la siguiente información:		
Nombre de la persona que adquirió el plan (titular de la póliza):	Aseguradora	Número de póliza
Nombre de la persona que adquirió el plan (titular de la póliza):	Aseguradora	Número de póliza

Cónyuge, pareja, padre/madre o garante (cuando corresponda)			
Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Desempleado (agregar última fecha trabajada) _____			
Nombre del empleador	Teléfono		
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del plan de seguro médico que ofrece el empleador, incluido COBRA			<input type="checkbox"/> El empleador no ofrece seguro médico.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ NHC _____

Cuestionario		
1. ¿Vivía usted en Illinois cuando recibió su atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Es usted un ciudadano extranjero (no ciudadano estadounidense) que vive en Illinois con una visa estadounidense?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Quiere ayuda financiera por la atención que recibió en nuestro departamento de emergencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Si está divorciado o separado: ¿Su ex cónyuge/pareja es financieramente responsable de la atención médica	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
según el acuerdo de disolución o separación?		
5. ¿Su atención estuvo relacionada con alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Delito <input type="checkbox"/> Accidentes laborales <input type="checkbox"/> Otro _____	
6. ¿Ha contratado un abogado o está presentando una reclamación por su lesión o enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
A. Si su respuesta es afirmativa, indíquelo:		
Nombre del abogado		Teléfono del abogado
7. ¿Ya ha solicitado Medicaid? Es posible que le pidamos que lo haga.	<input type="checkbox"/> Sí – En espera de la aprobación <input type="checkbox"/> Sí – No elegible <input type="checkbox"/> No	
A. Si respondió no, marque todas las opciones que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Tiene 19 años o menos.	<input type="checkbox"/> Tiene 65 años o más.	<input type="checkbox"/> Está ciego.
<input type="checkbox"/> Está tomando medicamentos para controlar la diabetes, la presión arterial alta o las convulsiones.	<input type="checkbox"/> Usted está discapacitado, según lo determinado por la administración del seguro social.	<input type="checkbox"/> Está embarazada.
		<input type="checkbox"/> Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted.
ACTIVOS		
1. Propiedad: proporcione información sobre cualquier edificio o terreno que posea que no sea su lugar principal de residencia .		
A. ¿Cuál es el valor de todos los edificios y terrenos menos el monto que debe por la propiedad? \$ _____	<input type="checkbox"/> No aplica	
I. ¿Esta propiedad se utiliza para ganar dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
B. ¿Cuál es el valor del terreno (sin edificios) menos el monto que debe por la propiedad? \$ _____	<input type="checkbox"/> No aplica	
I. ¿Esta propiedad se utiliza para ganar dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. Cuentas bancarias e inversiones: enumere el monto total en cada una de las siguientes.		
A. Cuentas corrientes, cuentas de ahorro y cuentas de cooperativas de crédito: \$ _____	<input type="checkbox"/> No aplica	
B. Otras inversiones, como bonos y acciones. No incluya ningún tipo de cuenta de jubilación. \$ _____	<input type="checkbox"/> No aplica	

Al firmar, acepto que:

- Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura.
- La información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Comprendo que NMHC puede confirmar esta información.
- NMHC podrá contactar a terceros para verificar la información que proporcioné en esta solicitud.

Comprendo que si proporcioné deliberadamente información falsa, si la solicitud tiene un error significativo o si se omitió algo importante:

- No seré elegible para recibir ayuda financiera.
- Cualquier ayuda financiera que se me conceda podrá ser revertida.
- Yo seré responsable de pagar la factura.

Hora _____ Fecha _____ Firma del solicitante _____

Hora _____ Fecha _____

 Cónyuge Pareja Padre/madre Garante (*circule uno*) Firma (cuando corresponda) _____

Devuelva la solicitud completa y cualquier documento de respaldo a:

Northwestern Memorial HealthCare

Attention: Financial Counseling

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

Teléfono: 312.926.6906 or 800.423.0523

Fax: 312.694.0447

finapps@nm.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ NHC _____

Documentos de respaldo necesarios para obtener ayuda financiera

Su solicitud se retrasará o rechazará si no incluye todos los documentos requeridos. Si no puede proporcionar un documento requerido, proporcione una carta explicando el motivo.

Documentos requeridos

- Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente **y** el formulario W-2 o el formulario 4506-T del IRS: solicitud de transcripción de la declaración de impuestos.
- **Una copia de una identificación con fotografía válida emitida por el gobierno**, como su licencia de conducir o pasaporte.
- Al menos **uno** de estos documentos:
 - Una copia de una identificación con fotografía o licencia de conducir válida expedida en Illinois
 - Factura reciente de servicios públicos con dirección en Illinois
 - Una copia de su tarjeta de registro de votante de Illinois
 - Correo dirigido a su dirección actual desde un gobierno u otra fuente confiable
 - Carta desde un refugio para personas sin hogar
- Todos los documentos enumerados a continuación que se aplican a usted:
 - Copias de sus dos cheques o talones de desempleo más recientes
 - Copias de sus dos cheques o talones de pago más recientes del empleador
 - Copias de sus dos cheques o talones de seguro social más recientes
- Sus dos estados de cuenta más recientes de todas sus cuentas corrientes, de ahorro y de cooperativas de crédito.
- Solicitud completa y firmada.

Otros documentos

- Si no ha presentado una declaración de impuestos para el año pasado **o** si sus ingresos por pensión alimenticia, comercial, de jubilación o pensión serán diferentes a los del año pasado: proporcione los documentos no salariales a continuación que se apliquen a usted.
 - Declaración de ingresos por pensión alimenticia
 - Estado de resultados empresariales
 - Declaración de ingresos por jubilación o pensión
- Si está casado o en una unión civil: proporcione los documentos a continuación que correspondan a su cónyuge o pareja.
 - Comprobante de ingresos y de ingresos no salariales (como se describe anteriormente)
 - Declaración de impuestos federales
 - Formulario W-2 o Formulario 4506-T del IRS: solicitud de transcripción de la declaración de impuestos
 - Estado de cuenta más reciente de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de cooperativas de crédito
- Si usted es ciudadano extranjero (no ciudadano estadounidense):
 - Envíe una copia de su pasaporte y visa estadounidense.