

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. | Seleccione cualquiera de estos programas en el que está inscrito. |
| <input type="checkbox"/> El paciente ha fallecido, sin cónyuge/patrimonio. | <input type="checkbox"/> Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> No puede tomar sus propias decisiones (incapacidad mental) y no tiene a nadie que actúe en su nombre. | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Usted es elegible para Medicaid, pero no la fecha del servicio. | <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
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 según el acuerdo de disolución o separación?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Nombre del abogado Teléfono del abogado </div>	
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: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tiene 19 años o menos.</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tiene 65 años o más.</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Está ciego.</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Está tomando medicamentos para controlar la diabetes, la presión arterial alta o las convulsiones.</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Usted está discapacitado, según lo determinado por la administración del seguro social.</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Está embarazada.</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted.</div> </div>	

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.