

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 lo siguiente:

- Servicios gratuitos o con descuento.
- Acceso a otros programas públicos que ayuden a pagar su atención médica.

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

Es necesario tener un número de seguro social para algunos programas públicos, como Medicaid. Aunque no es necesario que proporcione un número de seguro social, hacerlo ayudará a NMHC a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y entréguelo en persona o envíelo por correo postal, correo electrónico o fax, junto con **todos** los documentos de respaldo requeridos. Debe presentar la solicitud completa y los documentos de respaldo **dentro de los 240 días** tras recibir el alta o atención ambulatoria.

Usted reconoce que intentó de buena fe solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 240 días posteriores a la fecha de su alta o a la fecha en que recibió atención ambulatoria. Usted reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información que se requiere en esta solicitud 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.**

- No tiene hogar.
- El paciente ha fallecido, no hay cónyuge o patrimonio.
- No está en condiciones de tomar decisiones (incapacidad mental) y no tiene a nadie que actúe en su nombre.
- Usted es elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio.

Seleccione cualquiera de estos programas en el que esté inscrito.

- Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés).
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés).
- Programa de Desayunos y Almuerzos Gratuitos de Illinois.
- Programa de Asistencia Energética para Hogares de Illinois (LIHEAP, por sus siglas en inglés).

Su información			
Nombre		Número de seguro social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Domicilio particular		Ciudad	Estado
Teléfono particular	Teléfono celular	Correo electrónico	
Método preferente de contacto <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> No tengo hogar	Ingresos anuales del hogar
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Número de personas en su hogar (según consta en sus impuestos):_____	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado (indique la última fecha en que trabajó) _____			
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 del seguro

Tiene cobertura o es elegible para alguna póliza de salud, como:

- Seguro médico internacional/de viajeros
- Planes del Mercado de Seguros de Salud
- Beneficios para veteranos
- Medicaid
- Medicare

Sí  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

Cónyuge  Pareja  Padre/madre  Garante  Otro \_\_\_\_\_

Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
--------	-------------------------	-------------------------------------

Situación laboral

Empleado  Autónomo  Jubilado  Discapacitado  Desempleado (indique la última fecha en que trabajó) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador	Teléfono		
----------------------	----------	--	--

Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------	--------	--------	---------------

Nombre del plan de seguro médico que ofrece el empleador, incluido COBRA \_\_\_\_\_  El empleador no ofrece seguro médico.

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ NHC \_\_\_\_\_

<b>Cuestionario</b>			
1. ¿Vivía en Illinois cuando recibió la atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Es un ciudadano extranjero (no estadounidense) que vive en Illinois con una visa estadounidense? A. Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de visa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3. ¿Desea obtener 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 excónyuge o expareja 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 eventos? <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Delito <input type="checkbox"/> Lesión laboral <input type="checkbox"/> Otro _____			
6. ¿Ha contratado un abogado o está presentando una reclamación por su lesión o enfermedad? A. Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del abogado _____	Teléfono del abogado _____		
7. ¿Ya ha presentado una solicitud para Medicaid? Es posible que le pidamos que lo haga.	<input type="checkbox"/> Sí, estoy esperando que la aprueben <input type="checkbox"/> Sí, no soy elegible <input type="checkbox"/> No		
A. A. Si respondió "No", marque todas las opciones que correspondan:			
<input type="checkbox"/> Es menor de 19 años.	<input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años.	<input type="checkbox"/> Es ciego.	
<input type="checkbox"/> Está tomando medicamentos para controlar la diabetes, la presión arterial alta o las convulsiones.	<input type="checkbox"/> Tiene una discapacidad, según lo determina 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. <b>Propiedades:</b> Proporcione información sobre cualquier edificio o terreno que posea y 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 aplicable.
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 aplicable.
I. ¿Esta propiedad se utiliza para ganar dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. <b>Cuentas bancarias e inversiones:</b> Enumere el monto total en cada una de las siguientes opciones.
A. Cuentas corrientes, cuentas de ahorro y cuentas en cooperativas de crédito: \$ _____ <input type="checkbox"/> No aplicable.
B. Otras inversiones, como bonos y acciones. <b>No</b> incluya ningún tipo de cuenta de jubilación. \$ _____ <input type="checkbox"/> No aplicable.

Mediante mi firma, acepto que:

- Presentaré una solicitud para cualquier programa de asistencia estatal, federal o local para el que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.
- 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 importante o si se omitió algo importante, las consecuencias serán las siguientes:

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

Hora \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cónyuge     Pareja     Padre/madre/garante (seleccione uno) Firma (si corresponde) \_\_\_\_\_

Envíe de vuelta esta solicitud completa junto con los documentos de respaldo a:

**Northwestern Memorial HealthCare**

Attention: Financial Counseling

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

Teléfono: 312.926.6906 o 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

Si no incluye todos los documentos requeridos, su solicitud podría retrasarse o ser rechazada. Si no puede proporcionar uno de los documentos requeridos, adjunte una carta explicando el motivo.

#### Documentos requeridos

##### Constancia de residencia en Illinois

- Al menos **uno** de los siguientes documentos:

- Copia de una tarjeta de identificación estatal válida.
- Recibo reciente de servicios públicos residenciales en un domicilio de Illinois.
- Copia de su credencial de votante de Illinois.
- Correo dirigido a su domicilio actual por un organismo gubernamental u otra fuente confiable.
- Carta desde un refugio para personas sin hogar, una casa de transición u otro centro similar donde se verifique que reside en tal centro.
- Copia de su tarjeta de circulación vehicular de Illinois.
- Licencia de conducir de visitante temporal.
- Contrato de arrendamiento.
- Declaración de un familiar que resida en el mismo domicilio y presente un comprobante de domicilio.
- Uno de los documentos que se enumeran en la sección “Documentos financieros” a continuación.

##### Documentos financieros:

- Al menos **uno** de los siguientes documentos:

- Copia de su declaración de impuestos más reciente.
- Copia de sus formularios W-2 y 1099 más recientes.
- Copias de sus dos últimos cheques o talones de pago entregados por su empleador.
- Copias de sus dos últimos cheques o talones de pago por desempleo.
- Si recibe pagos en efectivo, comprobante de ingresos por escrito de su empleador.

Si está casado o en una unión civil, proporcione al menos uno de los documentos anteriores que corresponda a su cónyuge o pareja.

##### 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, empresas, jubilación o pensión serán diferentes a los del año pasado: proporcione los siguientes documentos no salariales que se apliquen a usted.

- Declaración de ingresos por pensión alimenticia.
- Declaración de ingresos empresariales.
- Declaración de ingresos por jubilación o pensión.
- Si es un ciudadano extranjero (no estadounidense):
- Envíe una copia de su pasaporte y su visa estadounidense.