

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	Código postal
Teléfono particular		Teléfono celular	Correo electrónico
Método preferente de contacto		<input type="checkbox"/> No tengo hogar	Ingresos anuales del hogar
<input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Celular			
Estado civil		Número de personas en su hogar (según consta en sus impuestos): _____	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
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
			Código postal
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 seguro de salud, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro médico internacional/de viajeros</li> <li>Planes del Mercado de Seguros de Salud</li> <li>Beneficios para veteranos</li> <li>Medicaid</li> <li>Medicare</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información:</b>		
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 (DD/MM/AAAA)	
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	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 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. 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"/> 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"/> Es ciego.	<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 <b>que no sea su lugar principal de residencia.</b> 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.