

The University of Illinois Hospital & Health System

Is part of the University of Illinois at Chicago

Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Llenar esta solicitud ayudará a University of Illinois Hospital & Health Sciences System ("UI Health") a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o beneficiarse de otros programas de asistencia pública que pueden ayudar a cubrir el costo de su atención médica. Por favor, entregue esta solicitud al hospital.

SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA SER ELEGIBLE PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas de asistencia pública, incluido Medicaid. No se requiere proporcionar un número de Seguro Social, pero hacerlo ayudará al hospital a determinar si usted puede beneficiarse de algún programa de asistencia pública.

Por favor, llene esta forma y entréguela al hospital, ya sea en persona, por correo postal, correo electrónico, o por fax, para solicitar atención médica gratuita o con descuento, en un plazo no mayor de 240 días después de la fecha en que se le dé de alta en el hospital, o haya recibido atención como paciente externo.

El paciente afirma que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proveer toda la información requerida en la solicitud, para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

UI Health provee asistencia financiera a pacientes que no tienen seguro médico, quienes reúnen ciertos requisitos. UI Health determina el nivel de descuento que usted recibirá, basado en su ingreso en comparación con los niveles federales de pobreza vigentes. Los programas de asistencia financiera de UI Health están diseñados para pacientes que no tienen seguro médico, y no asiste con descuentos en deducibles, copagos, u otro desembolso de pacientes que tienen un seguro médico de terceros. La ayuda financiera se aplica a UI Hospital y la mayoría de los servicios de los médicos. Para más detalles, diríjase a la Política de Asistencia Financiera.

|  |
| --- |
| **Información del Paciente** |
| Nombre: Ingrese El Primer Nombre Inicial Del Segundo Nombre Apellido |
| Dirección: Ingrese Dirección |
| Ciudad: Ingrese Ciudad | Estado: Estado | Código postal: Código postal  |
| Teléfono de casa #: (###) ###-#### | Celular #: (###) ###-#### | Correo electrónico: Haga clic para ingresar correo electrónico  |
| Fecha de nacimiento: Haga clic o toque para ingresar una fecha  | SSN*(no se necesita si no tiene seguro médico)*: ###-##-#### |
| ¿En el momento de recibir los servicios, el paciente era residente de Illinois? [ ] Sí [ ] No |
| ¿El paciente estuvo envuelto en un accidente? [ ] Sí [ ] No |
| ¿El paciente fue víctima de un presunto crimen? [ ] Sí [ ] No |

|  |
| --- |
| **Cobertura de Seguro** |
| ¿Tiene usted cobertura, o es elegible para tener cobertura de algún seguro médico, incluido seguro médico foráneo, COBRA, Health Insurance Marketplace, beneficios de veterano de las fuerzas armadas, Medicaid y Medicare? [ ] Sí [ ] No Si respondió que sí, provea la siguiente información: |
| Titular de la póliza: Haga clic o toque aquí para ingresar texto | Titular de la póliza: Haga clic o toque aquí para ingresar texto |
| Compañía de seguro: Haga clic o toque aquí para ingresar texto | Compañía de seguro: Haga clic o toque aquí para ingresar texto |
| Número de póliza: Haga clic o toque aquí para ingresar texto | Número de póliza: Haga clic o toque aquí para ingresar texto |

|  |
| --- |
| **Información del garante (*si no es el paciente*)** |
| Relación con el paciente [ ] El mismo [ ] Esposo(a) [ ] Pareja [ ] Padre [ ] Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique)* |
| Nombre completo: Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido |
| Dirección: Haga clic o toque aquí para ingresar la dirección |
| Ciudad: Haga clic para ingresar a la ciudad | Estado: Estado.  | Código postal: Código postal  |
| Teléfono de casa #: (###) ###-#### | Celular #: (###) ###-#### |

|  |
| --- |
| **Información familiar, del hogar** |
| ¿Cuántas personas viven en su casa? Elige un artículo |
| ¿Cuántos dependen del responsable de la cuenta? Elige un artículo |
| ¿Qué edades tienen estos dependientes? Haga clic o toque aquí para ingresar texto |

|  |
| --- |
| **Información de empleo e ingresos** |
| ¿Tiene usted un empleo? [ ] Sí [ ] No |
| ¿Su cónyuge tiene empleo? [ ] Sí [ ] No |
| Nombre de la empresa: Haga clic o toque aquí para ingresar texto |
| Domicilio de la empresa: Haga clic o toque aquí para ingresar texto |
| Ciudad de la empresa: Haga clic o toque aquí para ingresar texto | Estado: Estado. | Código postal: Código postal  |
| Teléfono de la empresa #: (###) ###-#### |
| Ingreso bruto mensual de la familia: Haga clic o toque aquí para ingresar texto(ingreso antes de impuestos y otras deducciones, incluyendo casos en que el cónyuge o pareja es garante del paciente, o el padre o tutor es garante de un menor, incluya todo ingreso) |

|  |
| --- |
| **Información opcional**Su respuesta no influirá el resultado de la solicitud |
| Raza, origen étnico: [ ]  Blanco (No-Hispano) [ ]  Negro o Afroamericano (No-Hispano) [ ]  Blanco (Hispano) [ ]  Asiatico [ ]  Otro (Hispano) [ ]  Indio Americano o Nativo de Alaska [ ]  Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico [ ]  Multi-racial [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique, si no se encuentra en la lista)* |
| Género: [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique)* |
| Qué idioma prefiere: [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Polaco [ ]  Cantonés [ ]  Mandarín [ ]  Tagalo [ ]  Alemán [ ]  Coreano [ ]  Árabe [ ]  Urdu [ ]  Ruso [ ]  Italiano [ ]  Guyarati [ ]  Hindi [ ]  Griego [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(especifique, si no se encuentra en la lista)* |

Yo certifico que la información en esta solicitud es cierta y correcta, hasta donde yo sé. Solicitaré toda asistencia, local, estatal o federal para la que califique, para ayudar a pagar esta cuenta del hospital. Comprendo que esta información puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la veracidad de la información en esta solicitud. Comprendo que, si doy información falsa en esta solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, que toda asistencia recibida puede ser retirada, y que yo seré responsable del pago al hospital.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del paciente: |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Nombre del paciente: Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido |
| Fecha: Haga clic o toque para ingresar una fecha |
| Firma del garante (responsable):  |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Nombre del garante: Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido |
| Fecha: Haga clic o toque para ingresar una fecha |

Para cualquier aclaración, diríjase a la Unidad de Manejo Financiero de Casos: (312) 413 – 7621.

Las quejas o desacuerdos sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro médico puede reportarse a: Health Care Bureau of the Illinois Attorney General, al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Anote abajo cualquier información adicional:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Para uso interno | Received on: | Received by: | Completed: | Last Update: 01/24/22 |

**Documentos de respaldo**

Favor de añadir copias de los siguientes documentos:

[ ] Identificación válida con fotografía: Identificación estatal, licencia de manejo, pasaporte

[ ] Prueba de residencia en Illinois: Provea al menos uno de los siguientes documentos

 [ ] Identificación estatal con foto, o licencia de manejo

 [ ] Licencia temporal de manejo para visitantes

 [ ] Cobro reciente de gas, luz, agua, con domicilio en Illinois

 [ ] Contrato de renta

 [ ] Tarjeta de registro de vehículo

 [ ] Tarjeta de elector

 [ ] Correo postal reciente, de alguna agencia gubernamental o fuente creíble

[ ] Una carta de un miembro de la familia quien viva en el mismo domicilio, y que presente verificación de domicilio

 [ ] Carta de un albergue, casa de transición o lugar similar

[ ] Comprobante de ingresos: Provea todos los documentos a continuación

 [ ] Una copia reciente de su forma de declaración de impuestos (IRS 1040, 1040A, 1040EZ)

[ ] Copia de sus más recientes formas W-2 y 1099

[ ] Copias de los dos talones de cheque más recientes (del trabajo, desempleo, Seguro Social)

[ ] Si le pagan en efectivo, una carta de su trabajo

[ ] Comprobante de otras fuentes de ingreso (pagos de manutención por divorcio, beneficios de veteranos de fuerzas armadas, etc.)

[ ] Carta detallando sus dificultades económicas

Favor de enviar las solicitudes completas y todos los documentos requeridos a:

Financial Case Management Unit

University of Illinois Hospital

1801 W. Taylor Street, Suite 2B (M/C 668)

Chicago, IL 60612-7232

Telephone: 312-413-7621

Fax: 312-996-1483

Email: getinsured@uic.edu