

Proceso y Solicitud de Ayuda Financiera

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ASISTENCIA GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a su hospital a determinar si puede servicios gratuitos o con descuento, o bien otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención sanitaria. Por favor, envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO NECESITARÁ TENER UN NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA RECIBIR ASISTENCIA GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, algunos programas de ayuda pública, incluyendo Medicaid, sí requieren un número de la Seguridad Social. Si bien no es necesario proporcionar un número de la Seguridad Social, hacerlo ayudará al hospital a determinar si puede usted recibir ayuda de algún programa público.

Para recibir asistencia gratuita o con descuento, rellene esta solicitud y entréguesela al hospital en persona, por vía postal, por correo electrónico o por fax en los 60 días siguientes a la fecha de alta o de recepción de la atención ambulatoria.

El proceso y la solicitud de la Política de Ayuda Financiera (“FAP”, por sus siglas en inglés) también puede obtenerse a través de la página web del hospital, bajo la pestaña de Pacientes y Visitantes. También puede solicitar las Aplicaciones de la Ayuda Financiera o ayuda para rellenar la solicitud:

- Visitando el Departamento de Cobros del Hospital
- Llamando a los Asesores Financieros de los Pacientes al (847) 360-6954 o al (847) 360-4299

La solicitud detalla cierta información que debe incluirse en la aplicación. El Vista Medical Center (VMC) puede verificar esta información de forma independiente para asegurar su integridad y exactitud. Por favor, devuelva su solicitud completada junto con la documentación justificativa a:

Vista Medical Center
Attn: Departamento de Asesoramiento Financiero al Paciente
1324 N. Sheridan Road
Waukegan, Illinois 60085

Por lo general, la notificación de aprobación o denegación de una solicitud se enviará al paciente en un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud.

Se denegará la ayuda financiera si el paciente rechaza Medicaid u otras solicitudes de elegibilidad de salud y bienestar cuando VMC opina fundamentadamente que el paciente podría calificar.

Si su solicitud de ayuda financiera es denegada, puede interponer un recurso. Los recursos deben incluir una carta de apelación por parte del paciente o el grupo con responsabilidad financiera solicitando la reevaluación. Deben asimismo incluirse todos los documentos justificativos que demuestren incapacidad para pagar y que no se incluyeran en la consideración inicial.

Por favor, devuelva su solicitud completada junto con la documentación justificativa a:

Vista Medical Center
Attn: Departamento de Asesoramiento Financiero al Paciente
1324 N. Sheridan Road
Waukegan, Illinois 60085

Solicitud de Ayuda Financiera

El Programa de Ayuda Financiera del Vista Medical Center proporciona asistencia económica a pacientes que tengan necesidades sanitarias especiales y que cuenten con ingresos bajos, no tengan seguros o sus seguros sean insuficientes, no sean elegibles para un programa de ayuda gubernamental y no puedan pagar su atención médica necesaria debido a su situación financiera familiar. Para decidir si un paciente o avalista puede recibir ayuda económica, debemos obtener cierta información financiera. Su colaboración nos permitirá considerar adecuadamente su solicitud de ayuda financiera.

Nombre _____ Número de Cuenta _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

_____ Seguridad Social _____

Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Sexo _____

H=Hombre M=Mujer

¿Es usted propietario/a de un hogar?

Sí () No ()

Número de personas a cargo declaradas: _____

¿Es usted propietario/a de otra vivienda?

Sí () No ()

Lista de Personas a Cargo:

Nombre	Parentesco	Edad	Género

Información Bancaria del Hogar Nombre _____ Saldo _____

Información Bancaria de Empresa Nombre _____ Saldo _____

Salario/Ingresos

	Mensuales	Anuales
Salario Propio		
Salario del Cónyuge		
Salarios de Otros Familiares		
Seguridad Social		
Prestaciones por Desempleo		
Jubilación / Pensiones		
Pensión / Manutención Infantil		
Asignaciones Familiares para Militares		
Pensiones		
Ingresos de Rentas, Dividendos e Intereses		

Gastos

	Mensuales	Anuales
Hipoteca / Renta		
Servicios Públicos		
Préstamos para Vehículos		
Facturas Hospitalarias		
Teléfono		
Comida		
Tarjetas de Crédito		
Gasolina		
Cuidado Infantil		
Otros		

Por favor, envíe la siguiente documentación justificativa más reciente: Uno de los siguientes: Declaración de la renta, W-2, 2 extractos bancarios, 2 talones de cheques y justificantes de gastos.

Mi firma da fe de que la información que proporcioné en este formulario es precisa y cierta hasta donde tengo conocimiento.

Nombre

Firma

Fecha