

Solicitud de asistencia financiera

NHC del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

Importante: ES POSIBLE QUE USTED PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:

Completar esta solicitud ayudará a Vista Health System a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica. Envíe esta solicitud a Vista Health System.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, pero ayudará a Vista Health System a determinar si usted califica para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico junto con los documentos de respaldo solicitados dentro de los 90 días posteriores a la fecha del alta o en la que recibió atención ambulatoria para solicitar atención gratuita o con descuento.

Usted declara que hizo un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en esta solicitud para ayudar a Vista Health System a determinar si usted es elegible para recibir asistencia financiera.

Criterios de elegibilidad presunta:

Los pacientes sin seguro que cumplen con los criterios de elegibilidad presunta (los criterios enumerados a continuación), ya sea de forma individual o de alguna otra manera, en virtud de sus ingresos familiares, no necesitan completar las partes de esta solicitud relativas a la información sobre ingresos, activos o gastos.

- ☐ Persona sin hogar
- ☐ Persona fallecida sin patrimonio
- ☐ Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- ☐ elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto

Seleccione cualquiera de los programas a continuación en los que esté inscrito:

- ☐ Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)
- ☐ Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois
- ☐ Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)
- ☐ Programa de Asistencia Médica Comunitaria
- ☐ Asistencia de subvención para servicios médicos

Complete esta solicitud (todas las secciones) y firme la certificación de la solicitud.

Información del paciente

Nombre del paciente (incluya el segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente:

Calle: _____

Apto./unidad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Números de teléfono del paciente:

Número de teléfono residencial: _____

Número de teléfono celular: _____

Número de Seguro Social: _____

Estado civil:

☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Si está divorciado o separado: ¿es su antiguo cónyuge/pareja financieramente responsable de la atención médica según el acuerdo de disolución o separación?

☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador:

Calle: _____

Apto./unidad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Cobertura de seguro para pacientes:

¿Está cubierto, es elegible o tiene alguna póliza de seguro médico, incluyendo: internacional/de viaje, Marketplace, COBRA, beneficios para veteranos, Medicaid o Medicare?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Titular de la póliza: _____

Aseguradora: _____

Número de póliza: _____

Titular de la póliza: _____

Aseguradora: _____

Número de póliza: _____

¿Presentó una solicitud de Medicaid? Es posible que le solicitemos que lo haga.

☐ Sí (en espera de aprobación) ☐ Sí, no soy elegible ☐ No

¿Era usted residente de Illinois cuando Vista Health System le brindó la atención?:

☐ Sí ☐ No

¿El tratamiento proporcionado está relacionado con alguna de las siguientes situaciones?:

☐ Accidente

☐ Crimen

☐ Lesión en el lugar de trabajo

☐ Otro: _____

Información sobre el cónyuge/pareja/garante o padre(s) del menor:

Nombre (primer nombre, segundo Nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección:

Calle: _____

Apto./unidad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono residencial: _____

Número de teléfono celular: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador:

Calle: _____

Apto./unidad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Información sobre la familia/grupo familiar:

Número de personas en su familia/grupo familiar (según lo declarado en sus impuestos): _____

Enumere los dependientes del paciente:

Nombre: _____ Relación: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Edad: _____

Ingreso familiar mensual bruto: incluye casos en los que un cónyuge o pareja es garante del paciente o en los que uno de los padres o un tutor es garante de un menor.

La documentación de ingresos familiares aceptable deberá incluir “uno” de los siguientes:

- A) una copia de la declaración de impuestos más reciente;
- B) una copia del formulario W-2 y los formularios 1099 más recientes;
- C) copias de los 2 comprobantes de pago más recientes;
- D) verificación de ingresos por escrito de un empleador si se le paga en efectivo; o
- E) otra forma razonable de verificación de ingresos de terceros que el hospital considere aceptable

Salarios; _____

Trabajo por cuenta propia; _____

Compensación por desempleo; _____

Seguro Social; _____

Discapacidad del Seguro Social; _____

Pensión de veteranos; _____

Discapacidad de veteranos; _____

Discapacidad privada; _____

Compensación al trabajador; _____

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas; _____

Ingresos de jubilación; _____

Manutención de menores, pensión alimenticia o alguna otra manutención conyugal; _____

Otros ingresos; _____

Información sobre activos y su valor estimado: Enumere el saldo total de cada uno de los siguientes rubros:

- Cuentas corrientes/de ahorro/cooperativas de crédito: \$ _____ ☐ N/A
- Acciones/certificados de depósito/fondos de inversión: \$ _____ ☐ N/A
- Cuenta de ahorros para la salud/gastos flexibles \$ _____ ☐ N/A
- Automóviles u otros vehículos \$ _____ ☐ N/A

Propiedad:Proporcione información sobre todas las propiedades, como edificios o terrenos que posea **y que no sea su residencia principal.**

- 1) ¿Cuál es el valor de todos los edificios y terrenos menos el monto que adeuda por la propiedad? \$ _____ ☐ N/A
- ¿Se utiliza esta propiedad para generar dinero? ☐ Sí ☐ No
- 2) ¿Cuál es el valor del terreno (sin edificios) menos el monto que adeuda por la propiedad? \$ _____ ☐ N/A
- ¿Se utiliza esta propiedad para generar dinero? ☐ Sí ☐ No

Información sobre gastos mensuales:

Enumere sus gastos mensuales a continuación (el monto y también la frecuencia: semanal, quincenal, mensual y, si es otra, especifique)

Vivienda/hipoteca/alquiler

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Servicios públicos (electricidad, calefacción/aire acondicionado, agua, etc.)

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Alimentos

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Transporte

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Cuidado de dependientes

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Préstamos

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Gastos médicos

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Otros gastos

Monto \$: _____

Frecuencia: _____

Certificación de la solicitud:

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Presentaré solicitudes para cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar la factura de Vista Health System. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por Vista Health System, y autorizo a Vista Health System a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, toda asignación de asistencia financiera que se me haya otorgado podrá ser revocada y seré responsable del pago de la factura de Vista Health System.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

☐ Cónyuge ☐ Pareja ☐ Padre/madre/garante (Seleccione uno cuando corresponda; firma a continuación)

Firma: _____

Presente las solicitudes completadas por:	¿Necesita asistencia? Nosotros podemos ayudar.
Correo postal a: Vista Health System Attn: Patient Financial Counselor Department 1324 N. Sheridan Rd. Waukegan, Illinois 60085 Fax: (847) 782-4410 Correo electrónico: VSAFinancialAssistance@amhealthsystems.com O Comuníquese con el asesor financiero en Vista Health System	Llame al asesor financiero de pacientes al (847) 360-4299 o visite al asesor financiero en Vista Health System

Las quejas o inquietudes relacionadas con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro pueden reportarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois. Puede comunicarse con ellos llamando al 1-877-305-5145.