

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 parente(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: _____

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.