



Hospital Sisters
HEALTH SYSTEM

Breese, IL
HSBS St. Joseph's Hospital

Decatur, IL
HSBS St. Mary's Hospital

Effingham, IL
HSBS St. Anthony's Memorial
Hospital

Greenville, IL
HSBS Holy Family Hospital

Highland, IL
HSBS St. Joseph's Hospital

Litchfield, IL
HSBS St. Francis Hospital

O'Fallon, IL
HSBS St. Elizabeth's Hospital

Shelbyville, IL
HSBS Good Shepherd Hospital

Springfield, IL
HSBS St. John's Hospital

Chippewa Falls, WI
HSBS St. Joseph's Hospital

Eau Claire, WI
HSBS Sacred Heart Hospital

Green Bay, WI
HSBS St. Mary's Hospital
Medical Center
HSBS St. Vincent Hospital

Oconto Falls, WI
HSBS St. Clare Memorial
Hospital

Sheboygan, WI
HSBS St. Nicholas Hospital

HSBS Medical Group

Prairie Cardiovascular

www.hshs.org

*Patrocinado por Hospital
Sisters Ministries*

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

IMPORTANTE: PUEDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATIS O CON DESCUENTO

Completar esta solicitud ayudará a Hospital Sisters Health System a determinar si puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN MÉDICA GRATIS O CON DESCUENTO. SIN EMBARGO, se necesita un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario dar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención médica gratis o con descuento en los 60 días posteriores a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para dar toda la información que se pide en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información que se da en esta solicitud puede verificarse para garantizar su precisión. Entiendo que si doy información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda económica, y la ayuda que se me haya dado puede revertirse, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del
solicitante
o paciente: _____

Fecha: _____

PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA

Presente copias de los siguientes artículos que correspondan:

- Declaraciones de retenciones W-2 del año en curso
- Formularios completos de impuestos sobre ingresos federales/estatales más recientes, incluyendo los anexos
- Talones de cheque de pago/cheque de desempleo (últimos 3 meses) o declaración por escrito de ingresos de su empleador (últimos 3 meses).
- Formularios de aprobación o denegación de desempleo, compensación de los trabajadores o asistencia del Departamento de Ayuda Pública
- Declaración de beneficios anuales del Seguro Social
- Estados de cuenta completos de cuentas de cheques/ahorros (últimos 3 meses)
- Estado de cuenta de ahorro para gastos médicos (últimos 3 meses)
- Otro: carta explicando su situación

Su cooperación con Hospital Sisters Health System (HSHS) es extremadamente importante para determinar su elegibilidad para recibir ayuda económica. No dar esta información será motivo para negar la ayuda económica.

Devuelva la solicitud completa junto con la documentación necesaria en los 30 días posteriores a la recepción a la siguiente dirección:

Patient Financial Services
Atención: Financial Assistance Program
P.O. Box 13508
Green Bay, WI 54307

Llamada sin costo: 1 (800) 211-2209
Fax: (920) 431-3161
Correo electrónico:
PatientFinancialServices@hshs.org

HSHS St. Mary's Hospital Medical Center - Green Bay, WI

HSHS St. Vincent Hospital – Green Bay, WI

HSHS St. Clare Memorial Hospital - Oconto Falls, WI

HSHS St. Nicholas Hospital – Sheboygan, WI

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

FECHA DE NACIMIENTO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

TELÉFONO:

(Opcional)

RAZA:

(Opcional)

ORIGEN ÉTNICO:

(Opcional)

SEXO:

(Opcional)

IDIOMA PREFERIDO:

DOMICILIO (ciudad, estado, código postal):

DIRECCIÓN ANTERIOR (ciudad, estado, código postal):

| Miembros del grupo familiar | NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN CON EL SOLICITANTE <i>Si el solicitante es usted mismo</i> | Vive en casa | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | Es paciente actualmente? | |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|--|--------------|----|-------------------------|--------------------------|----|
| | | | | Sí | No | | Sí | No |
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |

CRITERIOS DE POSIBLE ELEGIBILIDAD:

¿Se aplica a usted alguna de la información de abajo? Si respondió Sí, marque todo lo que corresponda. Si responde Sí a cualquiera de las declaraciones de abajo, presente la siguiente documentación/verificación:

- Sin hogar, albergue
- Fallecido sin patrimonio
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos
- Encarcelamiento en una institución penal
- Inscrito en Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Inscrito en el Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- Inscrito en el Programa de Asistencia de Vivienda del Departamento de Servicios Médicos de Wisconsin

Inscripción en la siguiente ayuda para personas de bajos ingresos que tiene criterios de elegibilidad iguales o por debajo del 200 % de las directrices federales de ingresos de pobreza:

- Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa de Asistencia para el Pago de la Energía para Casas de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Asistencia para el Pago de la Energía para la Casa de Wisconsin (WHEAP)
- Inscripción en un programa organizado basado en la comunidad que da acceso a atención médica que evalúa y documenta como criterio el estado económico limitado de bajos ingresos
- Comprobante de subvención de ayuda por servicios médicos

Si marcó Sí en cualquiera de las casillas de arriba, deténgase y envíe esta solicitud y la documentación de respaldo a la dirección correspondiente, como se muestra en la página 2.

¿Está cubierto o es elegible para alguna póliza de seguro médico, incluyendo la cobertura extranjera, el Mercado de Seguros Médicos, los beneficios para veteranos, Medicaid o Medicare? Si respondió Sí, dé la siguiente información:

Portador de la póliza: _____

Asegurador: _____ Número de póliza: _____

¿Estaba usted cubierto o era elegible bajo la póliza de seguro médico de un cónyuge/pareja o excónyuge/pareja, póliza de cobertura extranjera, póliza del Mercado de Seguros Médicos, beneficios para veteranos, póliza de Medicaid o Medicare para alguno o todos sus servicios médicos?

Nombre del excónyuge/pareja: _____ Teléfono: _____

Dirección del excónyuge/pareja: _____

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|--|
| TRABAJO 1: MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR | NOMBRE DEL EMPLEADOR: | DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (ciudad, estado, código postal): |
|---------------------------------------|-----------------------|--|

| | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|---------|
| SUELDO (BRUTO): _____(CANTIDAD) | PERÍODO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL | TIEMPO: ____AÑOS____MESES | PUESTO: |
|------------------------------------|---|------------------------------|---------|

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|--|
| TRABAJO 2: MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR | NOMBRE DEL EMPLEADOR: | DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (ciudad, estado, código postal): |
|---------------------------------------|-----------------------|--|

| | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|---------|
| SUELDO (BRUTO): _____(CANTIDAD) | PERÍODO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL | TIEMPO: ____AÑOS____MESES | PUESTO: |
|------------------------------------|---|------------------------------|---------|

| INGRESOS NO DEVENGADOS No es necesario revelar la manutención de menores si no quiere que se considere como base para el reembolso de esta obligación. <input type="checkbox"/> Marque la casilla si actualmente no declara impuestos. | TIPO DE INGRESOS NO DEVENGADOS | MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR | CANTIDAD | PERÍODO | |
|--|--------------------------------|----------------------------|----------|---------|--|
| | 1. | | | | |
| | 2. | | | | |
| | 3. | | | | |
| | 4. | | | | |
| | 5. | | | | |

| MANUTENCIÓN DE MENORES: NOMBRE DEL MENOR (QUE RECIBE) | NOMBRE DE LA PERSONA/PADRE/MADRE QUE PAGA | CANTIDAD | PERÍODO |
|---|---|----------|---------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| CASA: <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Propia | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR | PAGO DE ALQUILER: | FECHA DE PAGO: | PAGO DEL CONTRATO: | PAGO DE LA HIPOTECA: |
| | | PRECIO DE COMPRA: | FECHA DE LA COMPRA: | SALDO ADEUDADO: | VALOR CALCULADO: |

| ACTIVOS/RECURSOS Los activos que se consideran incluyen: dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, autos de recreación, bienes inmuebles que no sean la casa o el terreno en el que vive, una póliza de seguro de vida con valor de rescate en efectivo, acciones y bonos. | TIPO DE ACTIVO | MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR | CANTIDAD | PERÍODO | BANCO/DESCRIPCIÓN | |
|--|----------------|----------------------------|----------|---------|-------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| CUENTAS DE CRÉDITO/RECURRENTES NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ACREEDOR | QUÉ SE COMPRÓ | CANTIDAD FINANCIADA | SALDO PENDIENTE | PAGO MENSUAL |
|---|---------------|---------------------|-----------------|--------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

| GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE HACE EL PAGO | NOMBRE DEL MENOR | CANTIDAD | PERÍODO |
|---|------------------|----------|---------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

Está buscando ayuda económica para un tratamiento relacionado con: Lesión en el lugar de trabajo Accidente Delito Cáncer
 Si respondió Sí, dé la siguiente información:

civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. HSHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

HSHS da ayuda y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

HSHS presta servicios lingüísticos gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a los teléfonos o números TYY que se mencionan abajo.

Si cree que HSHS no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Representante de responsabilidad del sistema y coordinador
1557 Hospital Sisters Health System
4936 Laverna Road
Springfield, Illinois 62794
Teléfono: 1-217-492-6590
FAX: 1-217-523-0542

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, un representante de responsabilidad del sistema y un coordinador de 1557 están disponibles para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington,
D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Las quejas o preocupaciones relacionadas con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de ayuda económica del hospital se pueden reportar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois.

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/about/contacts.html>

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau:

Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer:

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer:

Deitsch (Pennsylvania Dutch)

Wann du Deitsch schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff:

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono

#5515 IL-SBO (R 01/20)

Página (5 de 5)

disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero:

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa:

Tieng Viet (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số:

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните:

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 번으로 전화해 주십시오.

हिंदी (Hindi)

याद आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुझे मना भाषा से वाए पल है। पर कॉल कर।

اُردُو (Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات منت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電。

ພາສາລາວ (Lao)

ໄປ້ອຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ

ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ

ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ.

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم):

| |
|---|
| SHS St. John's Hospital, Springfield, IL 1-217-544-6464; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS St. Mary's Hospital, Decatur, IL 1-217-464-2966; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS St. Francis Hospital, Litchfield, IL 1-217-324-2191; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS Good Shepherd Hospital, Shelbyville, IL 1- 217-774-3961 |
| SHS Holy Family Hospital, Greenville, IL 1-618-664-1230; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS St. Anthony's Memorial Hospital, Effingham, IL 1-217-342-2121; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS St. Elizabeth's Hospital, O'Fallon, IL 1-618-234-2120, TTY 1-618-641-5435 |
| SHS St. Joseph's Hospital, Breese, IL 1-618-526-4511; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS St. Joseph's Hospital, Highland, IL 1-618-651-2600; TTY por medio de IL Relay: 1-800-526-0844 |
| SHS Medical Group 1-217-321-9292 |
| Prairie Cardiovascular Consultants 1-217-788-0706 |