



Hospital Sisters
HEALTH SYSTEM

Nombre del Paciente:
Facilidad:

Número de cuenta:	Fecha de servicio:



Estimado/Estimada

USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a HSHS a determinar si puedes recibir servicios gratuitos, con descuento, o otros programas públicos que ayuden a pagar tu cuidad de la salud. Por favor, envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENES ASEGURANCA, UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES NECESARIO PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, un número de Seguro Social si es necesario para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si calificas para algún programa público. El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si es elegible para asistencia financiera.

Por favor, complete este aplicacion y envíelo al hospital en persona, por correo postal (listado abajo), correo electrónico (mencionado abajo), MyChart (<https://www.myhshs.org/myhshs/Authentication/Login?>), o envíe un fax (513)653-4099 90 días posteriores de la fecha de servicio. Se aceptan firmas electrónicas. Nota: Una vez aprobada, su solicitud es válida durante 6 meses desde la fecha de determinación y cubrirá retroactivamente 240 días previos a la fecha de la solicitud. La ayuda financiera no es retroactiva a los servicios fuera de este periodo.

La elegibilidad para la ayuda financiera se determina mediante una evaluación de ingresos, que cumple con las directrices federales de pobreza y considera el agotamiento de otras fuentes de pago disponibles. **En cierta circunstancias, los pacientes pueden optar a asistencia presunta.** Estas circunstancias incluyen la falta de vivienda, fallecimiento sin herencia, incapacidad mental sin representante, elegibilidad para Medicaid o inscripción en programas de asistencia estatal o gubernamental. Esta aplicación está diseñado para ayudar a evaluar tu elegibilidad bajo la Ley de Facturación Justa para Pacientes (FPBA) y otros programas aplicables. **Por favor tenga en cuenta que algunos programas pueden tener un periodo de solicitud específico.**

Para determinar la elegibilidad, presenta la solicitud completada junto con al menos una forma de verificación de ingresos y prueba de bienes para cada miembro del hogar. (Tras la revisión, se puede solicitar aclaraciones adicionales):

1. Empleo = Talones de pago que muestren ingresos brutos de 3 o 12 meses anteriores a la fecha del servicio o una carta de verificación escrita de un empleador
2. Declaración de la Renta, W-2, 1099 = Completar los formularios fiscales más recientes de la presentación más reciente, incluyendo el Anexo C para trabajo por cuenta propia
3. Seguro Social/Pensión/Discapacidad = Carta de beneficios más reciente
4. Cuenta de Cheques/Ahorros = 1 mes de extracto bancario completo (todas las páginas) para cada cuenta

Puedes encontrar más información, incluyendo nuestra política de ayuda financiera y un resumen en lenguaje sencillo en nuestra página web en <https://www.hshs.org/about-us/patient-financial-services-1>. Las solicitudes están disponibles en inglés y español. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en otro idioma, por favor contacte con Atención al Cliente en el (833) 464-1778.

Gracias
Departamento de Beneficios Públicos

Envie solicitud por correo a:

Atención: Programa de Asistencia Financiera
P.O. Box 13427
Springfield, IL 62791

HSHSCharityservice@Ensemblehp.com



Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre Legal (nombre y apellidos):	Número de cuenta del paciente:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (_____) _____ - _____		Los últimos 4 de seguro social:

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Por favor, indique a todos los que viven en el hogar, incluyendo: Tú (si no eres paciente), el paciente, el cónyuge (si estás casado) y cualquier hijo biológico o legalmente adoptado menor de 18 años.

Nombre y Apellido	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Ingreso bruto mensual total anterior a la fecha de servicio o solicitud
	Propio		

Los ingresos incluyen salarios, Seguridad Social, desempleo, manutención infantil y otras fuentes

Por favor, explícame por qué solicitas ayuda; si no tienes ingresos, ¿cómo cubres tus necesidades básicas? Si has tenido cambios en tus ingresos en los últimos 12 meses, por favor explícalo.

¿Alguien en tu hogar tiene ayuda estatal o federal? Si es así, podrías calificar para la asistencia presuntiva y no estás obligado a pagar gastos. Por favor, proporciona documentación:

SNAP/Cupones Alimentos WIC TANF HUD Clínica Comunitaria Sin Hogar (_____)

¿Tenías seguro médico en la fecha del servicio? No Sí (Proporciona una copia de la tarjeta)

¿Eres residente de Illinois en el momento del servicio? No Sí (Proporciona un ID actual)

¿Tu fecha de servicio estuvo relacionada con un accidente o un delito? No Sí (si es así, por favor describe) _____

¿Alguien en tu hogar tiene una cuenta de Cheques y/o de Ahorros? No Sí (cantidad total) _____

¿Alguien en tu hogar tiene otros activos (CD, acciones, HSA, propiedades, etc.)? No Sí (tipo y valor) _____

Por favor, indique sus gastos mensuales (**opcionales**: incluyendo pero no limitado a vivienda, servicios, comida, transporte, cuidado infantil, gastos médicos, etc.):

Para los **ingresos/activos**, mencionados anteriormente, debes proporcionar una de las siguientes pruebas de ingresos y pruebas de bienes para cada miembro del hogar:

1. Empleo = Talones de pago que muestren ingresos brutos de 3 o 12 meses anteriores a la fecha del servicio o una carta de verificación escrita de un empleador
2. Declaración de la Renta, W-2, 1099 = Completar los formularios fiscales más recientes de la presentación más reciente, incluyendo el Anexo C para trabajo por cuenta propia
3. Seguro Social/Pensión/Discapacidad = Carta de beneficios más reciente
4. Cuenta de Cheques/Ahorros = 1 mes de extracto bancario completo (todas las páginas) para cada cuenta

Al firmar este documento, certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta, según mi mejor conocimiento. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda financiera, cualquier ayuda que me concedan podrá ser revocada y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Departamento de Beneficios Públicos

Atención: Programa de Asistencia Financiera P.O. Box 13427 Springfield, IL 62791