

Fecha:

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE:

CUENTA:

SALDO A PAGAR: \$

FECHA DE SERVICIO:

Estimado/a:

Le estamos proporcionando este paquete de Estado Financiero para que lo llene a fin de que podamos determinar si califica para recibir un descuento en el marco del Programa de Asistencia Financiera de NorthShore University HealthSystem.

LLENAR ESTE FORMULARIO NO OFRECE GARANTÍA DE QUE SEA ELEGIBLE PARA OBTENER ASISTENCIA FINANCIERA DE NorthShore University HealthSystem.

Si no llena este paquete, o si lo devuelve sin la documentación solicitada, NorthShore University HealthSystem no podrá determinar si califica para recibir asistencia financiera y usted tendrá entonces la responsabilidad de pagar el saldo de su cuenta que esté pendiente de pago.

Para determinar si tiene derecho a recibir Asistencia Financiera, le agradeceremos que devuelva este paquete completado junto con la información de los rubros presentados a continuación que estén marcados con una señal:

- Los 2 comprobantes más recientes de pago de salario**
- Prueba actualizada de todo ingreso recibido de otras fuentes, como Seguro de Desempleo, Ingreso por Discapacidad, Ingreso del Seguro Social (SSI), ingresos por alquiler de propiedades, pensiones, anualidades, pago de intereses, etc.**
- Copias de los estados de cuenta de sus cuentas corrientes, cuentas de ahorros, certificados de depósito, etc. de los últimos dos meses**
- Otro – Su última declaración de impuesto sobre la renta**
- Si no puede proporcionar documentación relacionada con sus ingresos, llene la declaración siguiente:**

Yo, _____ (nombre), certifico que no tengo documentos que demuestren el ingreso mensual de mi familia, el cual es de \$ _____.
Comprendo que de ser falsa la información arriba declarada puede perderse el derecho a cualquier caridad que me sea concedida, otras solicitudes futuras pudieran ser negadas y yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Envíe este paquete completamente llenado, junto con la documentación solicitada, durante el transcurso de los 14 días siguientes a la fecha de esta carta. Luego de que se examine su solicitud le será enviada una carta en donde se le informará la decisión adoptada.

Si no llena este paquete, o se abstiene de devolverlo junto con toda la documentación solicitada, eso afectará nuestra capacidad para determinar si usted califica para una reducción de su factura, o para un plan de pagos con plazos más extendidos.

Si deseara hacer alguna pregunta respecto a su solicitud, comuníquese con el Asesor Financiero llamando al () - .

Muchas gracias,
Oficina de Asesoría Financiera
NorthShore University HealthSystem
() - .

Inicial de OAF: ____

Solicitud de Caridad en la Prestación de Atención

Número(s) de Referencia: _____

INSTRUCCIONES: COMPLETE LA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.**INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE**

Apellido	Nombre	Inicial	Edad	Número de Seguro Social	Tamaño de familia inmediata
Calle	No. Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de habitación
Patrono	Dirección				Teléfono de trabajo
Ciudad	Estado	Código postal	Ingreso bruto mensual	Teléfono de trabajo	
CÓNYUGE / (INFORMACIÓN SOBRE PADRES SI ES MENOR DE EDAD)				Relación con paciente	Edad
Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Teléfono de habitación	
Patrono	Dirección				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código postal	Ingreso bruto mensual	Teléfono de trabajo	

Carta de apoyo económico

RE:

Fecha:

Estimado/a _____,

La persona arriba mencionada nos ha informado que usted es su único medio de sustento. Para verificar esta información, por favor complete este formulario y devuélvalo cuanto antes. Para su conveniencia, se proporciona un sobre para enviar el formulario por correo. Muchas gracias.

El tipo de apoyo que YO/NOSOTROS ofrezco/ofrecemos es el siguiente: (complete todos los rubros que sean pertinentes) Vivienda y comida Mesada de \$ _____

Por semana _____ Cada 2 semanas _____ Mensual _____

 Otra forma de apoyo (por favor especifique) _____

Firma de persona que completa el formulario _____

Fecha _____

Relación con persona arriba mencionada _____

OTRA INFORMACIÓN

Si tiene documentos adicionales que pueden ayudar a NorthShore a adoptar una decisión en cuanto a su solicitud, tales como facturas pendientes de pago por montos sustanciales que demostrarían una situación la privación financiera, le agradeceremos que nos proporcione tales documentos (ejemplo: facturas no pagadas de servicios públicos, alquileres o hipotecas, facturas médicas, o estados de cuenta de cuentas bancarias o cuentas corrientes, etc.)

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: Certifico que, a mi/nuestro mejor saber y entender, la información proporcionada arriba es cierta y completa. Entiendo que como parte del proceso de evaluación financiera, mi/nuestra dirección, empleo e historial de crédito pudieran ser sometidos a verificación.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Devuelva su solicitud completamente llena junto con los documentos relevantes envíela a la siguiente dirección del hospital:

NorthShore University HealthSystem