



Fecha:

IMPORTANTE: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud le ayudará a NorthShore University HealthSystem a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o acceder a otros programas públicos que podrían contribuir al pago de su atención médica. Presente esta solicitud a NorthShore University HealthSystem.

SI NO TIENE SEGURO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A FIN DE CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, para algunos programas públicos, inclusive Medicaid, se necesita tener un Número de Seguro Social. No es necesario que suministre un Número de Seguro Social, pero hacerlo ayudaría a NorthShore University HealthSystem a determinar si usted califica para programas públicos.

Complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento durante los 60 días siguientes a la fecha del alta o la fecha en que recibió atención ambulatoria.

El paciente/garante reconoce que él/ella ha hecho su mejor esfuerzo para proporcionar toda la información requerida en la solicitud a los fines de ayudar a NorthShore University HealthSystem a determinar si el/la paciente califica para recibir asistencia financiera.

A fin de determinar si califica para recibir Asistencia Financiera de NorthShore, devuelva este paquete completado incluyendo la información que está señalada a continuación:

- Los 2 recibos de sueldo más recientes
- Prueba actualizada de ingresos provenientes de todas las demás fuentes; por ejemplo, seguro de desempleo, ingreso por discapacidad, ingreso del Seguro Social (SSI), ingreso por alquiler de propiedades, pensiones, anualidades, pagos de interés, otros ingresos etc.
- Copia de los estados de cuenta de todas sus cuentas corrientes, cuentas de ahorros, certificados de depósito, etc., correspondientes a los últimos dos meses
- Carta de confirmación de sustento
- Otro – Formulario de impuesto sobre la renta para el año más reciente
- Prueba de Residencia

Devuelva este paquete con la información completa y la documentación solicitada lo antes posible.

Muchas gracias,

NorthShore University HealthSystem

DIVULGACIÓN FINANCIERA

INSTRUCCIONES: COMPLETE LA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.					
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/GARANTE					
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional) - -	
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del hogar
Nombre del empleador			Dirección		Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso Bruto Mensual		Teléfono del trabajo
Correo Electrónico			Fuente de otros ingresos (si corresponde)		Otros ingresos (Mensuales)

PREGUNTAS SOBRE DEPENDIENTES	
Número de personas en la familia/domicilio	
Número de personas que dependen del paciente	
Edades de los dependientes del paciente	

CÓNYUGE / (O INFORMACIÓN DE LOS PADRES SI ES MENOR DE EDAD)					
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional) - -	
Nombre del Empleador			Dirección		Teléfono del hogar
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso Bruto Mensual		Teléfono Celular
Fuente de otros ingresos (si corresponde)			Monto de otros ingresos (Mensual)		Teléfono del trabajo



Certifico que a mi leal saber y entender la información contenida en esta solicitud es cierta y correcta. Presentaré las solicitudes correspondientes para poder acceder a cualquier asistencia estatal, federal o local a la que pueda calificar para contribuir con el pago de esta factura de hospital. Entiendo que NorthShore University HealthSystem puede verificar la información proporcionada y autorizo a NorthShore University HealthSystem a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si intencionalmente proporcionara información falsa en esta solicitud no podré calificar para obtener asistencia financiera, toda asistencia financiera que se me conceda podría revertirse y el pago de la factura del NorthShore University HealthSystem será mi responsabilidad.

Firma del solicitante: _____

Fecha:

Firma del cónyuge (en caso de ser garante): _____

Fecha: _____

Nota: Si el solicitante cumple con los criterios de presunción de elegibilidad que se definen en los reglamentos o se relacionan con los ingresos de la familia del paciente, el solicitante no necesita proporcionar información sobre sus gastos mensuales ni cifras de gastos estimados.

DESCRIPCIÓN DEL GASTO	ACREEDOR	PAGO MENSUAL DEBIDO	SALDO DEUDOR
Vivienda			

DIVULGACIÓN DE ACTIVOS	VALOR ESTIMADO	OTROS – INDIQUE CADA RUBRO	VALOR ESTIMADO
Bien inmueble 1			
Bien inmueble 2			
Ahorros			
Certificados de depósito			
Acciones			
Fondos de inversión			
Cuentas de Ahorro de Salud o de Gasto Flexible			

INICIALES DEL SOLICITANTE: _____

INICIALES DEL CÓNYUGE: _____

CARTA DE CONFIRMACIÓN DE SUSTENTO

Estimado(a) _____,

La persona indicada anteriormente nos ha informado que usted es su único medio de sustento. Para verificar esta información, complete este formulario y devuélvalo lo antes posible. Para su conveniencia, se le ha proporcionado un sobre de retorno. Gracias.

El tipo de sustento que YO/NOSOTROS proporcione/proporcionamos es: (llene lo que sea aplicable)

_____ **Alojamiento y alimentación**

Dirección de la Residencia donde se proporciona alojamiento y alimentación:

_____ **Pensión de \$** _____

Semanal _____ **Quincenal** _____ **Mensual** _____

_____ **Otro tipo de sustento (explique)** _____

Firma de la persona que llena el formulario

Fecha:

Relación con la persona nombrada anteriormente



Firma del Notario Público (si corresponde)

Sello del Notario Público (si corresponde)