

**Solicitud de Ayuda Financiera**      **Número(s) de cuenta del paciente:** \_\_\_\_\_

**Importante: Es posible que reciba atención gratuita o con descuento.**

Llenar esta solicitud ayudará a NorthShore University HealthSystem (en lo sucesivo NorthShore) a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Si usted no tiene seguro, no es necesario un Número de Seguro Social para reunir los requisitos para recibir atención gratuita o con descuento. No obstante, sí se necesita un Número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo a Medicaid. No es obligatorio suministrar un Número de Seguro Social, pero esto ayudará a NorthShore a determinar si usted reúne los requisitos para participar en algún programa público.

Sírvase llenar esta planilla a la mayor brevedad después de la fecha de notificación, con el fin de que NorthShore determine su elegibilidad para recibir ayuda financiera. Recibiremos su solicitud hasta 240 días posteriores a la recepción del primer resumen de facturación de la atención.

El paciente reconoce que ha hecho todo lo posible por suministrar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a NorthShore a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.

<b>INSTRUCCIONES: LLENE COMPLETAMENTE LA SOLICITUD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.</b>					
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>					
Dirección de correo electrónico					Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social
Dirección física	N°. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial
Nombre del empleador		Dirección física del empleador			Teléfono celular
Ciudad del empleador		Estado	Código postal	Ingresos mensuales	Teléfono del trabajo
<b>CÓNYUGE/FIADOR O PADRE(S) DEL MENOR DE EDAD</b>					
Dirección de correo electrónico				Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social
Dirección física	N°. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial
Nombre del empleador		Dirección física del empleador			Teléfono celular
Ciudad del empleador		Estado	Código postal	Ingresos mensuales	Teléfono del trabajo

**Presunta elegibilidad:**

Los pacientes **sin seguro** que demuestren alguno de los Criterios de Presunta Elegibilidad enumerados a continuación, bien sea personalmente o mediante los beneficios proporcionados a su familia, son elegibles automáticamente para recibir **atención gratuita** y **no se exigirá presentar constancia de ingresos**. Verificamos la elegibilidad de manera electrónica en la medida de lo posible, pero tal vez necesitemos su ayuda para demostrar su elegibilidad.

**Marque todas las opciones que correspondan:**

- WIC
- SNAP
- DESAYUNO/ALMUERZO GRATUITO DE ILLINOIS
- RECLUIDO
- SIN HOGAR
- FALLECIDO SIN PATRIMONIO
- ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID, PERO NO EN LA FECHA DEL SERVICIO O PARA SERVICIOS NO CUBIERTOS
- PROGRAMA DE APOYO PARA VIVIENDAS DE ALQUILER DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE VIVIENDA DE ILLINOIS
- DISCAPACIDAD MENTAL SIN UNA PERSONA QUE ACTÚE EN REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE
- LIHEAP: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA EN HOGARES DE BAJOS INGRESOS
- PROGRAMA DE AYUDA MÉDICA EN LA COMUNIDAD
- SUBSIDIO PARA SERVICIOS MÉDICOS
- TANF: AYUDA PROVISIONAL PARA FAMILIAS NECESITADAS
- BANCARROTA PERSONAL
- AFILIACIÓN A UNA ORDEN RELIGIOSA Y VOTO DE POBREZA

**\*\* Si usted demuestra su Presunta Elegibilidad, no debe suministrar ninguna información sobre ingresos. Aun así, debe firmar el Certificado de Solicitante en la siguiente página.**

## Información de ingresos:

Sírvase suministrar los siguientes documentos correspondientes para cada integrante de la familia empleado y firme la siguiente declaración:

Una copia de la declaración de impuestos más reciente O

Los siguientes documentos, según corresponda:

1. Copias de los Formularios W-2 y 1099 más recientes
2. Copias de dos de los recibos de pago más recientes
3. Copias de los estados de cuenta para cuentas corrientes, de ahorros, certificados de depósito, etc. correspondientes a los últimos dos meses
4. Una declaración de su empleador, si recibe pagos en efectivo
5. Cualquier otra constancia de un tercero sobre sus ingresos

Es posible que reciba ingresos o ayuda de otra procedencia (por ejemplo, de la Administración del Seguro Social [Social Security Administration, SSA], por discapacidad, manutención, compensación por desempleo o a trabajadores, pensión de veterano o por discapacidad, TANF, ingresos por jubilación u otro tipo de ingresos). Sírvase indicar la procedencia y cantidad de sus ingresos.

Procedencia de ingresos	Cantidad

Si no puede suministrar ningún documento relacionado con sus ingresos, llene la siguiente declaración:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), certifico que no tengo documentos que prueben los ingresos mensuales de mi familia de \$ \_\_\_\_\_.

## Información de la familia/grupo familiar

Cantidad de personas en la familia/grupo familiar	
Cantidad de personas que dependen del paciente	
Edades de las personas dependientes del paciente	

## Información adicional:

Si tiene documentos adicionales que pudiesen ayudar a NorthShore a tomar una decisión sobre su solicitud, tales como facturas pendientes grandes que demostrarían dificultades económicas, sírvase suministrar esos documentos (por ejemplo: facturas telefónicas, facturas de electricidad, facturas médicas, estados de cuenta bancarios, etc.).

## Certificado de solicitud:

Certifico que la información presente en esta solicitud es verídica y correcta a mi leal saber y entender. Me postularé para cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible, con el fin de ayudar a pagar esta factura de NorthShore. Entiendo que NorthShore puede verificar la información suministrada y autorizo a NorthShore a comunicarse con terceros para comprobar la exactitud de la información presente en esta solicitud. Entiendo que, si suministro información falsa de forma deliberada en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda económica, puede revocarse cualquier ayuda económica que me hayan otorgado y seré responsable de pagar la factura de NorthShore.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe las solicitudes llenas vía:	¿Necesita ayuda? Podemos ayudarle.
<p><b>Correo:</b> NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877</p> <p><b>Fax:</b> (847) 982-6957</p> <p><b>En persona:</b> Entregar al asesor financiero del hospital, acudiendo al área principal de registro del hospital</p>	<p><b>Llame al (847) 570-5000</b></p> <p><b>o consulte a un asesor financiero del hospital, acudiendo al área principal de registro del hospital</b></p>