

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará al Norwegian American Hospital (NAH) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere el Número del Seguro Social para algunos programas públicos, como Medicaid, y ayudará al hospital a determinar si usted es elegible para algunos programas públicos. Complete este formulario y preséntelo en persona, por correo, por correo electrónico, o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de 240 días posteriores a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria. El paciente confirma que ha realizado un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al NAH a determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera.

SI NO TIENE SEGURO Y CUMPLE CON CRITERIOS ESPECÍFICOS DE SUPUESTA ELEGIBILIDAD, NO TIENE LA OBLIGACIÓN DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD.

- Personas sin casa
- Personas fallecidas sin sucesión
- Incapacidad mental sin una persona que actúe en representación del paciente
- Elegibilidad médica, sin fecha de servicio

SOLICITANTE			
Nombre del solicitante		N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección particular		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		Dirección de correo electrónico
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> No tengo casa			Ingreso anual del grupo familiar
Estado civil del solicitante <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			N.º de personas en el hogar (según la declaración de impuestos)
Estado de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - última fecha de empleo:			
Nombre del empleador			Número de teléfono
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del plan del Seguro de Salud ofrecido por el empleador (Incluido COBRA) provisto			<input type="checkbox"/> Seguro de Salud no

CÓNYUGE/PAREJA/PADRE/GARANTE (si corresponde)		
Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento

Estado de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - última fecha de empleo:			
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del plan del Seguro de Salud ofrecido por el empleador (Incluido COBRA)			<input type="checkbox"/> Seguro de Salud no provisto

COBERTURA DEL SEGURO		
1. ¿Tiene cobertura o es elegible para una póliza de seguro de salud, incluida una cobertura extranjera, Mercado de Seguros de Salud, <input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> No		
beneficios de Veteranos, Medicaid y Medicare?		
a. En caso afirmativo, complete la siguiente información:		
Titular de la póliza	Aseguradora	Número de póliza
Titular de la póliza	Aseguradora	Número de póliza

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

CUESTIONARIO	
1. ¿Usted era residente de Illinois cuando recibió la atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted es ciudadano extranjero que reside en Illinois con una Visa de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. En caso afirmativo, ¿qué tipo de Visa? _____	
3. ¿Solicita asistencia financiera por la atención recibida en nuestra sala de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Si está divorciado o separado, ¿su ex cónyuge/pareja es financieramente responsable de la atención médica en virtud del acuerdo de disolución o separación?	<input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿El tratamiento provisto se relaciona con alguna de las opciones siguientes?	<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Delito <input type="checkbox"/> Lesión laboral <input type="checkbox"/> Otro: _____
6. ¿Ha contratado a un abogado o presentó un reclamo por su lesión o enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ya ha solicitado Medicaid? (<i>es posible que deba hacerlo</i>) <input type="checkbox"/> Sí-Espera aprobación <input type="checkbox"/> Sí-No elegible <input type="checkbox"/> No	
a. De lo contrario, marque todas las opciones que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Es menor de 19 años	<input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
<input type="checkbox"/> toma medicamentos para controlar diabetes, hipertensión o convulsiones	<input type="checkbox"/> Es discapacitado según la determinación de la Administración del Seguro Social
	<input type="checkbox"/> Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted

ACTIVOS
1. Propiedades. Proporcione información sobre propiedades bienes (<i>edificios y/o terrenos</i>) que sean de su propiedad, fuera de su residencia principal.
a. ¿Cuál es el valor de todos los edificios y terrenos menos el importe adeudado por la propiedad?
\$ _____ <input type="checkbox"/> N/C
i. ¿La propiedad se usa como ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

b. ¿Cuál es el valor del terreno (<i>sin edificios</i>) menos el importe adeudado por la propiedad?	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/C
i. ¿La propiedad se usa como ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. Cuentas bancarias/inversiones. Mencione el saldo actual total de cada uno de los siguientes.		
a. Cuenta corriente/de ahorros/de unión de crédito:	\$ _____	
<input type="checkbox"/> N/C		
b. Otras inversiones (<i>bonos, acciones, etc. sin incluir IRA y/o cuentas de retiro</i>):	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/C

Certifico que a mi leal saber y entender la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Solicitaré asistencia estatal, federal o local para la que sea elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Comprendo que la información provista puede ser verificada por el NAH, y autorizo al NAH a contactar a terceros para verificar la corrección de la información provista en esta solicitud. Comprendo que si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, o si la solicitud contiene un error u omisión material, no seré elegible para la asistencia financiera, y toda asistencia financiera que se me otorgó puede ser suspendida y seré responsable del pago de la factura.

Firma del solicitante

Firma del cónyuge/socio/padre/garante (si corresponde)

Fecha

Fecha

Devuelva la solicitud completada y los documentos de respaldo a:

Norwegian American Hospital

Atn: Inscripción / Asesor Financiero (ZB)

1044 N. Francisco Ave.

Chicago, IL 60622

Teléfono (773) 292-8369 | Fax (773) 278-8826

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Documentos de respaldo requeridos para la asistencia financiera

Presente los documentos solicitados a continuación. Si solicitud será retrasada o denegada en caso de que no se incluya alguno de los documentos requeridos. Si no puede presentar un documento, incluya una carta de explicación.

Documentos requeridos:

- Documentos impositivos: Presente su declaración más reciente del impuesto federal y W-2 o Formulario 4506-T del IRS; Solicitud de transcripción de declaración de impuestos.
- Identificación válida con fotografía, emitida por el gobierno:
 - Licencia de conducir, pasaporte, etc.
- Comprobante de residencia en Illinois: Presente al menos uno de los siguientes documentos.
 - Identificación con foto válida emitida por el estado o licencia de conducir
 - Factura reciente de servicios con una dirección de Illinois
 - Tarjeta de registro de votantes de IL
 - Correo actual dirigido al solicitante del gobierno u otra fuente creíble
 - Carta de un refugio para personas sin casa
- Comprobante de ingresos: Presente todos los documentos correspondientes mencionados a continuación.
 - Copias de sus dos cheques o comprobantes de pago por desempleo más recientes
 - Copias de sus dos cheques o comprobantes de pago del empleador más recientes
 - Copias de sus dos cheques o comprobantes de pago del Seguro Social más recientes
- Comprobante de activos: Presente su extracto más reciente de sus cuentas corrientes, de ahorros y de unión de crédito
- Solicitud completada y firmada

Adicional/Otro:

- Comprobante de ingresos no salariales: Presente los siguientes documentos correspondientes, solo si no ha presentado una declaración de impuestos el año calendario anterior o si alguna de las siguientes fuentes de ingresos variará entre este año calendario y el año calendario anterior
 - Declaración de ingresos por manutención
 - Declaración de ingresos comerciales
 - Declaración de ingresos de retiro o pensión
- Si está casado o en una unión civil: Presente los siguientes documentos aplicables sobre su cónyuge/pareja
 - Comprobante de ingresos e ingresos no salariales (como se describe anteriormente)
 - Declaración de impuestos federales y W-2 o Formulario 4506-T del IRS: Solicitud de transcripción de la declaración de ingresos
 - Extracto más reciente de sus cuentas corrientes, de ahorros y de unión de crédito

- Adicional/Otro (si corresponde):
 - Tarjeta del seguro de salud (copia del frente y reverso)
 - Carta de aprobación/denegación de Medicaid
 - Carta de asistencia financiera (si sus gastos de manutención son pagados por un tercero)