



Fecha:

**MacNeal Hospital  
Solicitud de ayuda económica**

Gracias por elegir el MacNeal Hospital para sus servicios de atención médica. Para ayudarnos a determinar si usted reúne los requisitos para recibir ayuda económica, complete y devuelva la solicitud adjunta, así como copias de los documentos que se indican a continuación.

- Importante: ES POSIBLE QUE USED PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** Al completar esta solicitud, el MacNeal Hospital determina si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Presente esta solicitud al hospital.
- SI NO TIENE SEGURO, NO ES NECESARIO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** No obstante, se necesita un número de Seguro Social para ciertos programas públicos, como Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de Seguro Social, pero ayuda al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para algún programa público.
- Complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo regular, correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento, en los 60 días después de la fecha del alta o de recibir atención como paciente ambulatorio.
- El paciente reconoce que hizo un intento de buena fe para proporcionar toda la información de la solicitud a fin de asistir al hospital para determinar si tiene derecho a recibir ayuda económica.
- Nota:** Si el paciente cumple los criterios presuntos de elegibilidad del MacNeal Hospital ya sea según lo descrito en la política de Elegibilidad presunta del establecimiento o de otro modo para recibir ayuda económica debido al ingreso familiar, no estará obligado a completar la sección **GASTOS MENSUALES** de esta solicitud.
- La determinación de elegibilidad afectará sólo la parte que usted adeude a la fecha de recibo de la solicitud completada, y esa determinación se hace a criterio exclusivo del MacNeal Hospital.
- La determinación de esta solicitud se demorará o denegará si no se proporciona toda la información requerida en el momento de presentar la solicitud.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social del paciente (no es necesario si el paciente no tiene seguro): \_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Domicilio:**

¿Estuvo involucrado en un supuesto delito o accidente? \_\_\_\_\_ **SÍ/NO**

¿Era residente de Illinois en el momento de recibir servicios de Loyola? \_\_\_\_\_ **SÍ/NO**

**Nota:** Si el fiador del paciente es su cónyuge o pareja, o si en el caso de un paciente menor de edad el fiador es el padre, la madre o el tutor del menor, incluya a continuación el nombre, domicilio y número de teléfono del fiador.

Nombre del fiador: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono del fiador:

Domicilio del fiador:

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA O LA UNIDAD FAMILIAR:**

Número de personas en la unidad familiar del paciente:

Número de personas que dependen del paciente:

Edades de los dependientes del paciente: \_\_\_\_\_

**INGRESO DE LA FAMILIA E INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO:**

¿El paciente o el cónyuge, pareja, padres o tutores del paciente (en el caso de menores de edad) tienen empleo actualmente? **SÍ/NO**

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información para cada empleador (nombre, domicilio y teléfono). Adjunte más hojas según lo necesite.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_ Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si está divorciado o separado, ¿su cónyuge o pareja tiene la responsabilidad económica de la atención médica del paciente de acuerdo con un acuerdo de disolución del vínculo o separación? **SÍ/NO**

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proporcione el ingreso bruto mensual del paciente proveniente de cualquiera de las fuentes siguientes.

Incluya los casos en los que el cónyuge, pareja, padre, madre o tutor sea el fiador del paciente:

**Salarios:**

Empleo por cuenta propia:

Compensación por desempleo

Seguro Social:

Discapacidad de Seguro Social:

Pensión de veterano:

Discapacidad de veterano:

Seguro privado por discapacidad:

Compensación al trabajador:

**Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF):**

Ingresos de jubilación:

Manutención infantil, pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge: \_

Otro ingreso:

**INGRESO BRUTO MENSUAL TOTAL:** \$ \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SEGURO O BENEFICIOS:**

Enumere todo seguro médico privado o seguro patrocinado por el Gobierno (como Medicare, Medicaid o Administración de Veteranos):

\_\_\_\_\_

¿Ha solicitado algún programa médico patrocinado por el Gobierno (aunque se lo hayan denegado) en los últimos 6 meses? **SÍ/NO**

Si la respuesta es sí, enumere los programas: \_\_\_\_\_

¿Dejó algún trabajo en los últimos 30 días? **SÍ/NO**

Si la respuesta es sí, ¿reúne los requisitos para recibir beneficios de COBRA? **SÍ/NO**

Si la respuesta es sí:

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS Y EL VALOR ESTIMADO DE LOS RECURSOS:**

Marque todo lo que corresponda y enumere el valor actual de cada recurso:

- Bienes inmuebles, como casa o residencia Valor actual (todos los bienes inmuebles):
  - Automóviles u otros vehículos Valor actual (todos los vehículos):
  - Cuentas de cheques y ahorros Valor actual (todas las cuentas):
  - Acciones Valor actual: \_\_\_\_\_
  - Certificados de depósito Valor actual: \_\_\_\_\_
  - Fondos de inversión Valor actual \_\_\_\_\_
  - Cuenta de ahorros o de gastos flexibles para la salud Valor actual: \_\_\_\_\_
  -
- VALOR TOTAL** \$ \_\_\_\_\_

**ES POSIBLE QUE EL MacNeal Hospital LE EXIJA PRESENTAR DOCUMENTACIÓN PARA VERIFICAR EL VALOR DE SUS RECURSOS. LA DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE PUEDE INCLUIR ESTADOS DE CUENTA DE INSTITUCIONES FINANCIERAS O TERCEROS SIMILARES QUE VERIFICAN LA VALUACIÓN DE LOS RECURSOS.**

**GASTOS MENSUALES CALCULADOS:**

Indique el gasto mensual calculado de lo siguiente:

Vivienda	_____
Servicios públicos	_____
Alimentos	_____
Transporte	_____
Cuidados infantiles	_____
Préstamos	_____
Gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
GASTO MENSUAL TOTAL	\$ _____

**CERTIFICACIÓN:**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré toda asistencia estatal, federal o local a la que pueda tener derecho para ayudar a pagar esta cuenta de hospital. Entiendo que la información suministrada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital para que contacte a terceros a fin de verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no tendré derecho a ayuda económica, se revocará toda ayuda que se me haya concedido y tendré la responsabilidad de pagar la cuenta del hospital.

Firma del paciente o de su fiador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA:**

Para verificar el ingreso familiar, proporcione uno (1) de los documentos siguientes para el paciente o fiador y para cada miembro de la unidad familiar del paciente o fiador:

- Una copia de la declaración de impuestos sobre la renta más reciente con anexos
- Una copia del formulario W-2 y formularios 1099 más recientes
- Si se le paga en efectivo, una carta del empleador que indique el importe semanal pagado
- Carta de concesión de Seguro Social (ingresos o discapacidad) o carta de concesión de compensación por desempleo
- Copias de los dos (2) talones de pago más recientes solo si no pudo presentar uno de los documentos anteriores

Para verificar la residencia del paciente, proporcione uno (1) de los siguientes documentos:

Tarjeta de identificación válida emitida por el estado (como licencia para conducir) Recibo del alquiler o

- arrendamiento
- Factura reciente de servicios públicos residenciales
- Tarjeta de registro del vehículo
- Tarjeta de registro de elector
- Correspondencia enviada al paciente a un domicilio de Illinois y remitida por una fuente del Gobierno u otra fuente fidedigna
- Una declaración de un miembro de la familia del paciente que resida en el mismo domicilio que el paciente y que presente una verificación válida de la residencia del paciente
- Una carta de un albergue para personas sin hogar, vivienda de transición u otro establecimiento similar que verifique que el paciente reside ahí

**Envíe la solicitud y todos los documentos comprobatorios necesarios en un plazo de sesenta (60) días hábiles.**

**\*\*\* ES POSIBLE QUE LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SEAN PROCESADAS \*\*\***

**Enviar a: MacNeal Hospital – Atención: Financial Assistance  
3249 S. Oak Park Avenue  
Berwyn, IL. 60402**

**Fax #: 708-783-5995**

**Dirección de Email :** [grecia.garcia@coniferhealth.com](mailto:grecia.garcia@coniferhealth.com)  
[Marisol.serrano@coniferhealth.com](mailto:Marisol.serrano@coniferhealth.com)  
[Alicia.arteaga@coniferhealth.com](mailto:Alicia.arteaga@coniferhealth.com)

**Si tiene más preguntas o si necesita ayuda para completar la solicitud, llame al siguiente número.**

**Financial Assistance      Ph: 708-783-3609**