

Solicitud de asistencia financiera

Importante: PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: completar esta solicitud ayudará a UChicago Medicine AdventHealth (UCM-AH) a determinar si puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud a UCM-AH.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social pero nos ayudaría a determinar si es elegible para algún programa público.

Complete este formulario y entréguelo en persona, por correo o por correo electrónico para solicitar atención gratuita o con descuento en un plazo de 240 días desde la fecha de alta o la fecha en que recibió atención ambulatoria.

El paciente confirma que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a UCM-AH a determinar si es elegible para ayuda financiera.

Instrucciones: Todos los campos deben completarse a menos que se indique lo contrario.

Número de historia clínica: _____

Información del paciente

Apellido, Primer nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de seguro social (opcional)

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono residencial

Número de teléfono alternativo

Raza (opcional: asiática, negra, múltiple, blanca, etc.)

Etnia (opcional: no hispano, cubano, mexicano, etc.)

Sexo legal (masculino/femenino/desconocido)

Idioma preferido

Situación laboral

Nombre del empleador

Solicitud de asistencia financiera

Dirección del empleador

Ciudad del empleador, Estado del empleador, Código postal del empleador, Número de teléfono del empleador

¿El paciente era residente de Illinois en el momento en que recibió la atención? ☐ Si ☐ No

¿Fue víctima de un accidente o un delito? ☐ Si ☐ No

¿El paciente tiene alguno de los siguientes? Seguro médico, Medicare, Medicare Parte D, seguro suplementario de Medicare, Medicaid o beneficios para veteranos ☐ Si ☐ No

Si es así, indique cuál y el número de póliza/miembro: _____

¿Hay alguien además del paciente que tenga responsabilidad financiera de la atención médica por decisiones legales anteriores de divorcio, separación o disolución? (Documentación requerida) ☐ Si ☐ No

Información del garante

Apellido, Primer nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de seguro social (opcional)

Número de teléfono

Situación laboral

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad del empleador, Estado del empleador, Código postal del empleador, Número de teléfono del empleador

Solicitud de asistencia financiera

Fuente de ingresos (por ejemplo, salarios, trabajo por cuenta propia, compensación por desempleo, Seguro Social, Seguro Social por Discapacidad, pensión de veteranos, discapacidad de veteranos, seguro privado de discapacidad, compensación laboral, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, ingresos de jubilación, manutención de hijos, pensión alimentaria u otra manutención del cónyuge, otros ingresos)

Ingreso bruto familiar mensual de los últimos 12 meses

Cantidad de personas de la familia/hogar del paciente

Si el ingreso es \$0, seleccione una de las siguientes opciones:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| ☐ Discapacitado | ☐ Vive con pariente(s) | ☐ Sin hogar |
| ☐ Jubilado/a | ☐ Vive con amigo(s) | ☐ Desempleado |

Cantidad de dependientes

Edades de los dependientes

Vehículos en el hogar, incluidos automóviles/barcos/casa rodante

Salos de cuentas corrientes/de ahorros

Bienes inmuebles propios y valores

Acciones/CD/fondos mutuos

Cuenta de ahorros para la salud/gastos flexibles

Información de gastos mensuales/gastos estimados

Sección A – Elegibilidad Presunta

Consulte la siguiente tabla para obtener información sobre los criterios de elegibilidad presunta. Si el paciente, o su grupo familiar, cumple alguno de los criterios indicados a continuación, la información solicitada en la Sección B no es necesaria. Si el paciente, o su grupo familiar, no cumple ninguno de los criterios de elegibilidad presunta que se indican a continuación, complete la Sección B. Si no se cumplen los criterios de elegibilidad presunta y la Sección B está incompleta, la sección Información de gastos mensuales/gastos estimados de esta solicitud se considerará incompleta.

Solicitud de asistencia financiera

Criterios	Indicar respuesta	Información de respaldo requerida
Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐ Si ☐ No	Documentación que demuestre que el paciente es elegible
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	☐ Si ☐ No	
Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois	☐ Si ☐ No	
Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)	☐ Si ☐ No	
Subvención para servicios médicos <i>Especificar el nombre del programa:</i> _____	☐ Si ☐ No	
Programa comunitario que brinda acceso a atención médica <i>Especificar el nombre del programa:</i> _____	☐ Si ☐ No	Carta del programa que confirma la elegibilidad
Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos	☐ Si ☐ No	No se necesita documentación adicional.
Quiebra personal	☐ Si ☐ No	Número de caso: _____ Fecha de alta: _____
Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente	☐ Si ☐ No	Declaración escrita del médico o familiar del paciente
Fallecido sin patrimonio	☐ Si ☐ No	Copia del acta de defunción del paciente
En prisión	☐ Si ☐ No	No se necesita documentación adicional.
Sin hogar	☐ Si ☐ No	Dirección del refugio _____ Número de teléfono del refugio _____

Sección B – Información detallada solicitada

Vivienda

Alimento

Cuidado de niños

Gastos médicos

Servicios públicos

Transporte

Préstamos

Otros gastos

Solicitud de asistencia financiera

Certificación y firma del paciente

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré asistencia federal, estatal o local para la que puedo ser elegible para ayudar a pagar esta factura de hospital. Entiendo que el hospital puede verificar la información proporcionada y autorizo a UCM-AH a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, no seré elegible para ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me conceda podrá ser revocada y seré responsable del pago de la factura.

Firma del paciente o solicitante

Fecha en que se completó la solicitud

Cómo enviar su solicitud

	UChicago Medicine AdventHealth Bolingbrook	UChicago Medicine AdventHealth GlenOaks	UChicago Medicine AdventHealth Hinsdale	UChicago Medicine AdventHealth La Grange
En persona	500 Remington Boulevard Bolingbrook, IL 60440	701 Winthrop Avenue Glendale Heights, IL 60139	120 North Oak Street Hinsdale, IL 60521	5101 South Willow Springs Road La Grange, IL 60525
Correo	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193			
Email	Financialassist@medsrv.co (solo dos letras después del punto en la dirección de correo electrónico)			
Portal del paciente	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App			
¿Preguntas?	800-462-0490			

Se pueden informar quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuentos para pacientes sin seguro o el proceso de ayuda financiera del hospital a la Oficina de Atención Médica del Procurador General de Illinois. La línea directa gratuita de la Oficina de Atención Médica es 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013). Los formularios electrónicos para quejas de atención médica están disponibles en la sección Presentación de una queja de atención médica del sitio web de la Oficina del Procurador General de Illinois en <https://illinoisattorneygeneral.gov/>.