

Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera del Shirley Ryan AbilityLab

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR SERVICIOS GRATUITOS O CON DESCUENTO. Al llenar esta solicitud usted ayudará al Shirley Ryan AbilityLab (por sus siglas en inglés), a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar sus gastos médicos. Por favor envíe esta solicitud al Shirley Ryan AbilityLab.

SI NO ESTA ASEGURADO, PARA CALIFICAR PARA SERVICIOS GRATUITOS O CON DESCUENTO NO SE NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, aunque, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario que proporcione un número de Seguro Social, pero este le ayudaría al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Por favor llene este formulario y entréguelo al hospital en persona, por correo o vía fax, para solicitar cuidado gratuito o con descuento dentro de los 60 días a partir de la fecha de alta, o a partir de recibir el cuidado como paciente ambulatorio.

El paciente reconoce que él /ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud, para asistir al hospital a determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Yo solicitaré para cualquiera de las asistencias del estado, federal o local para la cual yo podría ser elegible para ayudar con el pago de esta factura de hospital. Yo entiendo que la información proporcionada podría ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que, si yo intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, Yo seré inelegible para la asistencia financiera, cualquier asistencia financiera otorgada a mi podría ser revocada, y Yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Firma del paciente (o del Solicitante): _____

Nombre del paciente (o del Solicitante): _____

Fecha: _____

Por favor comuníquese al **(312) 238-6039** si tiene preguntas relacionadas a esta solicitud. Envíe la solicitud completa a:

Por correo o en persona:
Shirley Ryan AbilityLab
Patient Financial Services Department
Financial Assistance Program
355 E. Erie St.
Chicago, IL 60611

Vía fax:
(312) 238-7569

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____

NSS del Paciente: _____

Fecha de nacimiento del Paciente: _____

Nombre del Fiador: _____

Dirección del Paciente:

Dirección del fiador:

Número de teléfono del Paciente: _____

Número de teléfono del Fiador: _____

Información del Hogar del Paciente:

Por favor proporcione información acerca de todos los miembros del hogar del paciente (excluyendo información del paciente o fiador que ha sido proporcionada arriba):

Número de personas en la familia o en el hogar del paciente: _____

Número de personas que son dependientes del paciente: _____

Edades de cada dependiente del paciente: _____

Circule a la(s) persona(s) que están empleadas actualmente:

Paciente

Cónyuge/Pareja del paciente

Padre o tutor del paciente (si el paciente es menor de edad)

Información de Seguro Médico

Marque con una **X** si el paciente está cubierto o si es beneficiario de cualquiera de los siguientes programas de seguro médico

_____ Seguro Médico _____ Medicare _____ Medicare Parte D _____ Seguro suplementario Medicare

_____ Medicaid _____ Beneficios de veterano _____ Otros _____ Sin seguro

Identificación de Residencia del Paciente

Proporcione una copia de uno de los siguientes documentos, para comprobar la residencia del paciente en Illinois:

- Identificación válida emitida por el estado de Illinois o licencia de manejo.
- Una factura reciente de servicios públicos
- Un contrato de apartamento;
- Una tarjeta de registro del vehículo;
- Una tarjeta de registro de elector;
- Correo dirigido al paciente con dirección de Illinois
- remitida de una agencia de Gobierno o de una fuente fiable;
- Declaración por escrito de un miembro de familia del
- paciente no asegurado, quien resida en el mismo domicilio
- y presente verificación de residencia;

- Carta de albergue o refugio para personas sin hogar, vivienda de transición o localidad similar confirmando que el paciente vive ahí;
- Declaración de impuestos más reciente del paciente;
- Formulario de W-2 más reciente del paciente y cualquier correspondiente de formularios 1099; o
- Los dos talones de pago más recientes del paciente, si el talón presenta la dirección del paciente.

Criterios de Presunta Elegibilidad: La información que usted proporcione en esta página ayudará al Shirley Ryan AbilityLab a determinar si usted es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera. Si usted cumple con más de un criterio, únicamente tiene que proporcionar la documentación que apoye uno de los criterios que usted cumple.

Criterios	Circule Si/No	Incluir Esta información de Apoyo Con su Solicitud
Inscripción al Programa de Nutrición de Infantes y Niños (WIC por sus siglas en Inglés)	Si / No	Una copia de cualquier documento, como una carta, que muestre que el paciente está recibiendo tal asistencia
Inscripción al Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP por sus siglas en Inglés)	Si / No	
Inscripción al Programa de Comida y Desayuno Gratis de Illinois	Si / No	
Inscripción al Programa de Asistencia de Energía para los Hogares de Bajo Ingreso (LIHEAP por sus siglas en Inglés)	Si / No	
Recibo de asistencia de subsidio para servicios médicos	Si / No	
Elegible para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o para servicios no cubiertos	Si / No	Ninguno necesitado. Nosotros revisáremos la base de datos del estado para confirmar.
Fallecido sin Herencia	Si / No	Una copia del certificado de defunción del paciente..
Incapacitación Mental sin alguien que actúe en su representación	Si / No	Declaración por escrito del doctor del paciente o de la familia.
Inscripción en un programa con base en la comunidad	Si / No	Una carta del programa que certifique la membresía del paciente.
Banca rota personal	Si / No	Documentación Legal indicando banca rota..
Sin Hogar	Si / No	Dirección del refugio: _____ _____ _____ Teléfono del refugio: (_____)_____
Encarcelamiento	Si / No	Ninguno es necesario. Nosotros revisáremos la base de datos del estado para confirmar.

Si el paciente cumple con uno de los Presuntos Criterios de Elegibilidad mencionados anteriormente, no es necesario llenar la pagina 4 de esta solicitud.

Llene esta página únicamente si el paciente no cumple con alguno de los Criterios de Presunta Elegibilidad en la página 3 de esta solicitud.

Información del Ingresos y empleo de la familia del paciente:

Por favor enliste todas las fuentes de ingreso, incluyendo, pero no limitadas a: empleo, Seguro Social, jubilación, interés, ingresos de renta, manutención al menor, pensión alimenticia y asistencia del gobierno. Las fuentes de ingreso deberán ser del paciente, el cónyuge o pareja del paciente (si es el fiador) o de los padres o el tutor del paciente (si el fiador y paciente es menor de edad). Adjunte páginas adicionales si es necesario.

<i>Personas que habitan en el Hogar</i>	<i>Fuente de Ingresos/Beneficios</i>	<i>Monto Neto Mensual</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor adjunte una copia del reembolso de la Declaración Federal de Impuestos del año anterior y todas las formas adicionales de W2 del paciente, cónyuge del paciente, o los padres del paciente (si el paciente es reclamado como dependiente) Por favor también adjunte documentación del ingreso familiar que usted enliste, lo cual podría incluir talones de pago, declaraciones de beneficios, cartas oficiales de ayuda, órdenes judiciales, reembolso de impuestos federales u otra documentación apropiada.