

**USTED PUDIERA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR CUIDADO GRATIS O CON DESCUENTO.** Completar esta solicitud ayudará a Shirley Ryan AbilityLab (“SRALab”) a determinar si usted puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pudieran ayudar a pagar por su cuidado médico. Por favor note que la Asistencia Financiera solo está disponible para los residentes de Illinois.

**SI USTED NO ESTA ASEGURADO, NO SE REQUIERE UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA SU CUIDADO GRATIS O DE DESCUENTO.** Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere que proporcione un número de Seguro Social, pero ayudaría al hospital a determinar si usted califica para algunos programas públicos.

Por favor complete este formulario y entréguelo a SRALab en persona, por correo, o por fax para solicitar cuidado gratis o con descuento tan pronto sea posible después de la fecha de servicio. Nosotros aceptaremos su Aplicación hasta por 240 días a partir de la primera factura de cobro por su cuidado. El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información pedida en esta solicitud, para asistir a SRALab a determinar si el paciente califica para la asistencia financiera.

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>		
Nombre del Paciente	Número de Seguro Social del Paciente	Fecha de Nacimiento del Paciente
Número de Teléfono del Paciente	Dirección de Casa del Paciente	
Empleador del Paciente	Dirección del Empleador del Paciente	Ingreso Mensual
<b>INFORMACION DEL CONYUGE/GARANTE</b>		
Nombre Cónyuge/Garante	Relación con el Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro:	
Número de Teléfono del Garante	Dirección del Garante	
Empleador del Garante	Dirección del Empleador del Garante	Ingreso Mensual
<b>CRITERIO DE PRESUNTA ELIGIBILIDAD</b>		
La información que usted proporcione en esta sección ayudará a SRALab a determinar si usted es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera. Si usted cumple con uno o más del criterio abajo descrito, usted solo necesita proporcionar documentación que sustente uno de los criterios que usted cumpla.		
<b>Criterio</b>	<b>Círcule Si/No</b>	<b>Incluya Esta Información de Apoyo con Su Solicitud</b>
Inscripción en el Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC) (por sus siglas en Inglés)	Si / No	Una copia de cualquier documento, tal como una carta, que muestre que el paciente está recibiendo ese tipo de asistencia
Inscripción en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)	Si / No	
Inscripción el Programa de Desayunos y Almuerzos Gratis de Illinois	Si / No	
Inscripción en el Programa de Asistencia para la Energía para los Hogares de Bajo Ingreso	Si / No	
Recibo de Asistencia de Subsidio por servicios médicos	Si / No	
Elegible para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o por servicios no cubiertos	Si / No	Una necesidad. Nosotros verificaremos la base de datos para confirmar.
Fallecido sin bienes	Si / No	Una copia del certificado de defunción del paciente
Incapacitación Mental con nadie que actué en su representación	Si / No	Declaración por escrito de parte del doctor del paciente o de la familia
Inscripción en un programa basado en la comunidad	Si / No	Una carta de parte del programa que certifique la membresía del paciente
Bancarrota personal reciente	Si / No	Documentación legal indicando la bancarrota reciente
Sin hogar	Si/ No	Dirección del Refugio: _____ _____ Número de teléfono del refugio: (____) _____

Encarcelación	Yes / No	Ninguna necesitada nosotros verificaremos la base de datos para confirmar.
---------------	----------	--

**SI EL PACIENTE CUMPLE CON CUALQUIER CRITERIO PRESUNTAMENTE ELEGIBLES MENCIONADOS ARRIBA, USTED NO NECESITA COMPLETAR LA SECCION DEL INGRESO DEL HOGAR DE LA SOLICITUD**

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO DEL PACIENTE**

Por favor marque abajo con una X si el paciente está cubierto bajo (o es beneficiario de) alguno de los siguientes programas de seguro médico:

- |  |   |  |                                     |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro Médico | <input type="checkbox"/> Medicare               | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicaid      | <input type="checkbox"/> Medicare Suplementario | <input type="checkbox"/> Sin seguro                |                                     |

El tratamiento provisto está relacionado a los siguientes?:

- |                                    |                                 |  |                                      |
|------------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Crimen | <input type="checkbox"/> Lesión en el Lugar de Trabajo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|------------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|

**INGRESO DEL HOGAR**

Por favor enliste todas las fuentes de ingreso incluyendo, pero no limitadas a, empleo, Seguro Social, jubilación, intereses, ingreso de rentas, manutención infantil, manutención, y asistencia de gobierno. Fuentes de ingresos deben ser del paciente, cónyuge o pareja del paciente (si el garante), o los padres o tutores del paciente (si es garante y el paciente es un menor de edad). **Por favor vea los requisitos de la documentación de respaldo en la página 3 de esta solicitud**, y si es necesario anexe paginas adicionales.

<u>Nombre del Miembro del Hogar</u>	<u>Fuente de Ingreso/Beneficio</u>	<u>Cantidad Mensual Bruta</u>

**MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON DEPENDIENTES (como es reportado en la declaración de impuestos)**

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>

**PROCEDA A LA PAGINA TRES PARA LA FIRMA**

## DOCUMENTOS DE RESPALDO

Por favor proporcione los documentos requeridos abajo. Su solicitud podría ser retrasada o denegada si algunos de los documentos requeridos no están incluidos. Si usted no puede proporcionarlos un documento aplicable, por favor anexe una explicación por escrito.

### Requeridos

1. **Identificación:** Por favor proporcione uno de los siguientes:
  - Identificación expedida por el gobierno, Si está disponible (ej.:, Licencia de Manejo del Estado de Illinois, Tarjeta Identificación del Estado de Illinois, Pasaporte)
  - Otra forma de identificación oficial
  
2. **Prueba de Residencia en Illinois:** Si usted no presentó una Licencia de Manejo del Estado de Illinois o una Tarjeta de Identificación del Estado de Illinois para el espacio #1 de arriba, por favor proporcione por lo menos uno de los siguientes documentos a su nombre:
  - Recibo reciente de alguna de las utilidades
  - Contrato de arrendamiento
  - Tarjeta de Registro del Vehículo de Illinois
  - Tarjeta de votación
  - Correo actual dirigido al solicitante de parte de una fuente fidedigna de gobierno u otra
  - Carta de parte del refugio para desamparados
  - Declaración de parte de un miembro de la familia que resida en la misma dirección y presente una verificación de residencia
  
3. **Verificación de Ingresos al Hogar:** Por favor proporcione los siguientes documentos si es aplicable:
  - Las declaraciones de impuestos federales y del estado más recientes, incluyendo todos los formatos.
  - El W-2 más y 1099 reciente
  - Los 2 talones de ingresos más recientes, incluyendo cheques de pago, beneficios de desempleo, y/o cheques del seguro social
  - Verificación de ingreso por escrito de parte de su empleador, si le pagan en efectivo.
  - Declaración de pensión alimenticia, negocios o de jubilación/pensión, (si no está reflejado en la declaración de impuestos más reciente, o si el monto del año actual variara de lo reflejado en la declaración de impuestos más reciente)
  
4. **Bienes:** Por favor proporcione los siguientes documentos, si es aplicable:
  - Las declaraciones más recientes de sus cuentas de cheques, ahorros, y/o unión de crédito
  - Información sobre el valor de e ingreso recibido de propiedades (edificios/tierras) otros además de su residencia principal
  - Información de otras inversiones (bonos, acciones, etc.) besides IRA/401k retirement and 529 college savings accounts

## CERTIFICACION DEL PACIENTE

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Yo solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual Yo pudiera ser elegible para ayudar a pagar esta facture de hospital. Yo entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y Yo autorizo al hospital para contactar terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que, si aún yo sabiendo proporciono información falsa en esta solicitud, yo no seré elegible para la asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podría ser revertida, y Yo pudiera ser responsable por los pagos de las facturas del hospital.

Nombre del Paciente (o Solicitante) : \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o Solicitante): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor llame al **(312) 238-6039** si tiene cualquier pregunta referente a esta solicitud. Regrese su solicitud terminada y los documentos de respaldo:

### **Por correo o en persona:**

Shirley Ryan AbilityLab  
Patient Financial Services Department  
Financial Assistance Program 355 E. Erie St.

Chicago, IL 60611

**Por fax:**

(312) 238-7569