

**Solicitud de Ayuda Financiera**      **Número(s) de cuenta del paciente:** \_\_\_\_\_

**Importante: Es posible que reciba atención gratuita o con descuento.**

Llenar esta solicitud ayudará a NorthShore University HealthSystem (en lo sucesivo NorthShore) a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Si usted no tiene seguro, no es necesario un Número de Seguro Social para reunir los requisitos para recibir atención gratuita o con descuento. No obstante, si se necesita un Número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo a Medicaid. No es obligatorio suministrar un Número de Seguro Social, pero esto ayudará a NorthShore a determinar si usted reúne los requisitos para participar en algún programa público.

Sírvase llenar esta planilla a la mayor brevedad después de la fecha de notificación, con el fin de que NorthShore determine su elegibilidad para recibir ayuda financiera. NorthShore recibirá su solicitud hasta 240 días posteriores a la recepción del primer resumen de facturación de la atención.

El paciente reconoce que ha hecho todo lo posible por suministrar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a NorthShore a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.

INSTRUCCIONES: LLENE COMPLETAMENTE LA SOLICITUD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.					
<b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>					
Dirección de correo electrónico					Integrantes (c/Paciente)
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social
Dirección física	N°. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial
Nombre del empleador		Dirección física del empleador			Teléfono celular
Ciudad del empleador		Estado	Código postal	Ingresos brutos mensuales	Teléfono del trabajo
<b>CÓNYUGE/FIADOR O PADRE(S) DEL MENOR DE EDAD (SI CORRESPONDE)</b>					
Dirección de correo electrónico					Parentesco con el paciente
Fecha de nacimiento					
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social		
Dirección física	N°. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial
Nombre del empleador		Dirección física del empleador			Teléfono celular
Ciudad del empleador		Estado	Código postal	Ingresos brutos mensuales	Teléfono del trabajo

**Presunta elegibilidad:**

Los pacientes **sin seguro** que demuestren alguno de los Criterios de Presunta Elegibilidad enumerados a continuación, bien sea personalmente o mediante los beneficios proporcionados a su familia, son elegibles automáticamente para recibir **atención gratuita** y **no se exigirá presentar constancia de ingresos**. Verificamos la elegibilidad de manera electrónica en la medida de lo posible, pero tal vez necesitemos su ayuda para demostrar su elegibilidad.

**Marque todas las opciones que correspondan:**

- WIC
- SNAP
- DESAYUNO/ALMUERZO GRATUITO DE ILLINOIS
- RECLUIDO
- SIN HOGAR
- FALLECIDO SIN PATRIMONIO
- ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID, PERO NO EN LA FECHA DEL SERVICIO O PARA SERVICIOS NO CUBIERTOS
- PROGRAMA DE APOYO PARA VIVIENDAS DE ALQUILER DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE VIVIENDA DE ILLINOIS
- DISCAPACIDAD MENTAL SIN UNA PERSONA QUE ACTÚE EN REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE
- LIHEAP: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA EN HOGARES DE BAJOS INGRESOS
- PROGRAMA DE AYUDA MÉDICA EN LA COMUNIDAD
- SUBSIDIO PARA SERVICIOS MÉDICOS
- TANF: AYUDA PROVISIONAL PARA FAMILIAS NECESITADAS
- BANCARROTA PERSONAL (CASO # \_\_\_\_\_ FECHA DESCARGO \_\_\_\_\_)
- AFILIACIÓN A UNA ORDEN RELIGIOSA Y VOTO DE POBREZA

**Solicitud de Ayuda Financiera**      **Número(s) de cuenta del paciente:** \_\_\_\_\_

**\*\* Si usted demuestra su Presunta Elegibilidad, no debe suministrar ninguna información sobre ingresos. Aun así, debe firmar el Certificado de Solicitante en la siguiente página.**

**Información de ingresos:**

Sírvase suministrar los siguientes documentos (si corresponde). La solicitud podrá demorarse o denegarse en el caso de que no se adjunten los documentos requeridos.

El solicitante, el cónyuge o la pareja del solicitante, o en el caso de solicitante/paciente menor, el padre o tutor, debe presentar los siguientes documentos. Si no puede brindar ningún documento relativo a sus ingresos, complete la carta de apoyo en la última página de la solicitud.

<p><b><u>Con empleo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos del año anterior</li> <li>• Copias de dos de los recibos de pago más recientes</li> <li>• Copias de los dos estados de cuenta más recientes para cuentas corrientes, de ahorros y de cooperativas de crédito</li> </ul>
<p><b><u>Autónomo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos del año anterior</li> <li>• Copias de los dos estados de cuenta más recientes para cuentas corrientes, de ahorros y de cooperativas de crédito</li> </ul>
<p><b><u>Sin empleo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos del año anterior</li> <li>• Copia de la carta de beneficios por desempleo que indica el monto del beneficio</li> <li>• Carta de su empleador anterior con la fecha de terminación</li> <li>• Confirmación de la carta de apoyo (complete la carta en la última página de la solicitud)</li> </ul>
<p><b><u>Estudiante de tiempo completo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de inscripción en la universidad (incluya una carta de la universidad indicando la condición de tiempo completo o documentos de colegiatura/financieros)</li> </ul>
<p><b><u>Retirado o con discapacidad:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos del año anterior (si corresponde)</li> <li>• Copia de la carta de beneficios más reciente de la Administración del Seguro Social que indique el monto mensual del beneficio</li> <li>• Copias de los dos estados de cuenta más recientes para cuentas corrientes, de ahorros y de cooperativas de crédito</li> </ul>
<p><b><u>Constancia de ingresos no remunerados:</u></b>          Sírvase suministrar la siguiente información si se corresponde con su situación financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de pensión alimenticia y manutención de hijos</li> <li>• Ingresos por alquileres</li> <li>• Ingresos por propiedades de inversión</li> <li>• Otras fuentes de ingreso no mencionadas</li> </ul>

**Información de la familia/grupo familiar:**

Cantidad de personas en la familia/grupo familiar	
Cantidad de personas que dependen del paciente	
Edades de las personas dependientes del paciente	

**Información adicional:**

Si tiene documentos adicionales que pudiesen ayudar a NorthShore a tomar una decisión sobre su solicitud, tales como facturas pendientes grandes que demostrarían dificultades económicas, sírvase suministrar esos documentos (por ejemplo: facturas telefónicas, facturas de electricidad, facturas médicas, estados de cuenta bancarios, etc.).

**Solicitud de Ayuda Financiera**      **Número(s) de cuenta del paciente:** \_\_\_\_\_

**Certificado de solicitud:**

Certifico que la información presente en esta solicitud es verídica y correcta a mi leal saber y entender. Me postularé para cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible, con el fin de ayudar a pagar esta factura de NorthShore. Entiendo que NorthShore puede verificar la información suministrada y autorizo a NorthShore a comunicarse con terceros para comprobar la exactitud de la información presente en esta solicitud. Entiendo que, si suministro información falsa de forma deliberada en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda económica, puede revocarse cualquier ayuda económica que me hayan otorgado y seré responsable de pagar la factura de NorthShore.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe las solicitudes llenas vía:	¿Necesita ayuda? Podemos ayudarle.
<p><b>Correo:</b> NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877</p> <p><b>Fax:</b> (847) 982-6957</p> <p><b>En persona:</b> Entregar al asesor financiero del hospital, acudiendo al área principal de registro del hospital</p>	<p><b>Llame al (847) 570-5000</b></p> <p><b>o consulte a un asesor financiero del hospital, acudiendo al área principal de registro del hospital</b></p>

Solicitud de Ayuda Financiera      Número(s) de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

**Declaración de alojamiento y comida/Confirmación de la carta de apoyo**

**Este formulario deberá ser completado por la persona que brinda alojamiento y comida, y solo se deberá completar para el solicitante en el caso de que viva con otra persona que no sea el cónyuge legal**

Brindo alojamiento y comida para \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante en letra imprenta)

Dirección donde se brinda alojamiento y comida  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Brindo asignación monetaria de \$ \_\_\_\_\_ por semana/mes (rodee una con un círculo)

Otro apoyo (explique) \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la persona que brinda apoyo (en letra imprenta)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que brinda apoyo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_