

Estimado paciente/solicitante:

ASCENSION Health se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete la solicitud por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverla. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea al menos una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos. Si está casado o ha vivido con una persona con quien ha mantenido una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes ítems como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tr Ascension r la solicitud.

- Copias de los 2 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que se debe recibir la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, para que esta solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes incompletas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y envíe por correo su solicitud completa a la siguiente dirección:

Alexian Brothers Health System

Attention: Financial Assistance Department

PO Box 74008855

Chicago, IL 60674-8843

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al 833-272-7585.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente
ASCENSION Health

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a ASCENSION Health a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuentos u otros programas públicos que lo ayuden a pagar por su atención médica. Envíe esta solicitud a la dirección que se indica en la carta introductoria.

EN CASO DE QUE NO CUENTE CON UN SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, algunos programas públicos, como Medicaid, sí requieren un Número de Seguro Social. No es un requisito presentar un Número de Seguro Social; pero esto ayudará a ASCENSION Health a determinar si califica para algún programa público. En el caso de las preguntas de la solicitud marcadas como "opcionales", su respuesta (o no respuesta) no tendrá ninguna repercusión en el resultado de la solicitud.

Complete este formulario y entréguelo a ASCENSION Health en persona o envíelo por correo postal, correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento tan pronto como sea posible después de la fecha del servicio. Aceptaremos su solicitud hasta 240 días después de recibir la primera factura de su atención. Al presentar esta solicitud, usted reconoce que de buena fe se ha esforzado por brindar toda la información que se le pide en la solicitud a fin de ayudar a ASCENSION Health a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera. Si tiene alguna pregunta o duda sobre el proceso de solicitud, puede comunicarse con el departamento de asesoramiento financiero de ASCENSION Health al 833-272-7585.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o sobre el proceso de asistencia financiera del hospital pueden informarse 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).

Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha _____ Número de cuenta _____

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Opcional – *Identidad de género: ¿Se considera a sí mismo como...?* Hombre Mujer Hombre transgénero/hombre transexual/mujer a hombre (FTM)

Mujer transgénero/mujer transexual/hombre a mujer (MTF) Género no binario/género no conforme, ni exclusivamente masculino ni femenino

Categoría de género adicional (u otro)

Opcional – *Identidad de género: ¿Qué sexo figuraba originalmente en su certificado de nacimiento?* Masculino Femenino

Opcional – *Raza:* Blanco Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Chino Filipino Japonés

Coreano Vietn Ascension Asiático (otros) Nativo de Hawái Guameño o chamorro Samoano Otro isleño del Pacífico

Opcional – *Origen étnico:* Origen hispano, latino o español Mexicano, mexicano-estadounidense, chicano Puertorriqueño

Cubano Otro origen hispano, latino o español

Opcional – Idioma: ¿Habla otro idioma que no sea el inglés en su casa? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Opcional – Número del Seguro Social _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable o tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Información del cónyuge de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar _____

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____
Beneficios del Seguro Social _____
Ingresos por pensión/jubilación _____
Ingresos por incapacidad _____
Compensación por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil que recibe _____
Pensión alimenticia que recibe _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Cupones de alimentos _____
Distribución de fondos fiduciarios que recibe _____ Otros
ingresos _____ **Total**
de ingresos brutos mensuales en dólares _____

Gastos mensuales de vida

Los pacientes que son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera como se describe en la Política de Asistencia Financiera de ASCENSION Health no necesitan completar esta sección.

Hipoteca/alquiler _____
Servicios públicos _____
Teléfono (línea fija) _____
Teléfono celular _____
Comestibles/alimentos _____
Televisión por cable/Internet/satélite _____ Pago de
automóvil _____ Cuidado
infantil _____

Manutención infantil/pensión alimenticia _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas del médico/hospital _____ Seguro
automotriz _____ Seguro
de hogar/propiedad _____ Seguro
médico/de salud _____
Seguro de vida _____ Otros
gastos mensuales _____
Total de gastos mensuales en dólares _____

Activos

Cuentas contables/de ahorros/corrientes _____
Acciones/bonos/inversiones/Certificados de depósito _____
Otros bienes inmuebles/residencia secundaria _____
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Ahorros para gastos médicos/cuenta de gastos flexibles/vehículo _____

Autorizo a ASCENSION para obtener información de agencias externas de informes crediticios. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que sea elegible para recibir ayuda para pagar mis facturas médicas. Comprendo que ASCENSION puede verificar la información suministrada y la autorizo a contactar a terceros para comprobar la precisión de la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que si intencionalmente suministro información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, me revocarán cualquier asistencia financiera que me hayan otorgado y seré responsable de pagar las facturas.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____