

Información de asistencia económica para pacientes

Conserve las páginas 1 y 2 para información y su expediente.

Es posible que pueda recibir atención médica gratis o con descuento:

su solicitud ayudará a The University of Chicago Medicine a saber si puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos para ayudarlo a pagar la atención médica.

Cómo enviar una solicitud de asistencia económica

Complete las páginas 3, 4, 5 y 6 de esta solicitud

Documentos que debe enviar

- | | |
|---|--|
| A. Solicitud de asistencia económica para pacientes, completa y firmada | |
| B. Copia de la licencia de conducir o identificación estatal del paciente y del garante | |
| C. Copia de la declaración de impuestos federales del año más reciente | |
| D. Documentación de ingresos familiares. Esto puede incluir talones de pago, declaraciones de beneficios, cartas de adjudicación, órdenes judiciales u otra documentación. | |

Firme la solicitud y devuélvala con los documentos solicitados

Envíela lo antes posible a:

The University of Chicago Medicine
150 Harvester Drive, Suite 300
Burr Ridge, IL 60527-5965

Si lo aprueban para recibir asistencia económica

Cuando recibamos la solicitud completa con los documentos necesarios, le informaremos en un período de 10 días hábiles si puede recibir asistencia económica.

Si lo aprueban para recibir asistencia económica, The University of Chicago Medicine compartirá esta información con el grupo de médicos de la Universidad de Chicago (The University of Chicago Physician's Group). Esto es para que pueda recibir el mismo descuento en la factura del hospital y en las facturas de su médico.

Números de teléfono importantes

Si tiene preguntas sobre su factura y la asistencia económica	(844) 843-3594
Todas las demás preguntas: Operadora de University of Chicago Medicine	(773) 702-1000

Solicitud de asistencia económica para pacientes

NOTA importante: En la solicitud de asistencia económica para pacientes, el paciente debe completar los **gastos mensuales y el costo estimado si:**

- El paciente cumple la Sección 4500.40 Criterios de posible elegibilidad o
- Se cree que puede recibir ayuda económica basado en los ingresos familiares del paciente.

Si alguno de los elementos de la lista de abajo se aplica al paciente, no es necesario que complete los gastos mensuales y el costo estimado.

Sección 4500.40 Criterios de posible elegibilidad

Los pacientes de UChicago Medicine pueden recibir asistencia económica del hospital si el paciente cumple uno o más de los siguientes.

1. Sin casa
2. Fallecido sin patrimonio
3. Incapacidad mental sin alguien que actúe en nombre del paciente
4. Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos
5. Inscrito en alguno de estos programas de asistencia para personas de bajos ingresos:
 - a. Programa de Nutrición para Mujeres Bebés y Niños (WIC);
 - b. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP);
 - c. Programa de Desayuno y Almuerzo Gratis de Illinois;
 - d. Programa de Asistencia para Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP);
 - e. Programa organizado basado en la comunidad que da acceso a atención médica y en el que la organización verifica el estado financiero limitado de bajos ingresos para recibir beneficios;
 - f. Asistencia de subsidio para servicios médicos.

Solicitud de asistencia económica para pacientes

Información del paciente

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono de casa:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Número de Seguro Social del paciente:

Nota: Debe tener un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Si no tiene seguro médico, no necesita un número de Seguro Social para recibir atención gratis o con descuento. Sin embargo, darnos su número de Seguro Social nos ayudará a saber si puede obtener alguno de estos programas públicos.

Preguntas sobre el paciente

¿Era el paciente un residente de Illinois en el momento del servicio?

☐ Sí ☐ No

¿Tuvo el paciente un posible accidente que dio lugar a la necesidad de los servicios?

☐ Sí ☐ No

¿Fue el paciente víctima de un posible delito que dio lugar a la necesidad de servicios?

☐ Sí ☐ No

¿Número de personas en la familia o el grupo familiar del paciente?

¿Número de personas dependientes del paciente?
(Un dependiente es cualquier persona menor de 18 años o cualquier persona mencionada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona).

¿Cuáles son las edades de los dependientes del paciente?

Información de la parte responsable o del garante (esta es una persona distinta del paciente que es económicamente responsable de las facturas médicas del paciente)

Nombre de la parte responsable o del garante:

Relación con el paciente:

Teléfono

Teléfono celular:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo electrónico:

Solicitud de asistencia económica para pacientes

Empleador del paciente y lugar de trabajo

Nombre del empleador:

Teléfono:

Teléfono celular:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Empleador de la parte responsable o del garante y lugar de trabajo

Nombre del empleador:

Teléfono:

Teléfono celular:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Ingresos familiares mensuales totales de todas las fuentes

La cantidad que gana antes del pago de las deducciones o los impuestos.

Cantidad \$

Salarios mensuales del paciente

Salarios mensuales del cónyuge o pareja del paciente

Salarios mensuales del padre/madre o tutor del paciente

Salarios mensuales del padre/madre o tutor del paciente

Ingresos del trabajo por cuenta propia

Ingresos del trabajo por cuenta propia

Subsidio de desempleo

Ingresos del Seguro Social

Ingresos del Seguro Social

Discapacidad del Seguro Social

Pensión de veteranos

Discapacidad de los veteranos

Beneficios privados por discapacidad

Compensación de los trabajadores

Asistencia temporal para familias necesitadas

Ingresos de jubilación

Manutención de menores

Pensión alimenticia u otra manutención conyugal

Otros ingresos

Salarios mensuales de otro garante

Nombre del otro garante:

Solicitud de asistencia económica para pacientes

Activos financieros y valor estimado	Cantidad \$
Cuenta de cheques	
Cuenta de ahorros	
Acciones	
Certificados de depósito	
Fondo de inversión	
Cuenta de ahorros para la salud o cuenta de gastos flexibles (FSA)	
Automóvil u otro vehículo (marca y año)	
Automóvil u otro vehículo (marca y año)	
Automóvil u otro vehículo (marca y año)	
Bienes inmuebles de su propiedad, (como una casa o un terreno) Describa:	
Bienes inmuebles de su propiedad, (como una casa o un terreno) Describa:	
Otros activos	
Gastos mensuales y costo estimado	
NOTA: El paciente no debe completar esta parte si cumple la Sección 4500.40 Criterios de posible elegibilidad o si se cree que puede recibir ayuda económica basado en los ingresos familiares del paciente. Vea la página 2.	
	Cantidad \$
Vivienda	
Servicios públicos	
Comida	
Transporte	
Cuidado infantil	
Préstamos	
Gastos médicos	
Otros gastos	
Total de gastos mensuales y costo estimado	

Solicitud de asistencia económica para pacientes

Enumere toda la cobertura de seguro que tiene para los servicios que recibió

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de póliza	Número de grupo
Seguro médico			
Medicare			
Illinois Medicaid			
Otros Medicaid			
Complementario de Medicare			
Parte D de Medicare			
Beneficios para veteranos			
Compensación de los trabajadores			
Lesiones personales y responsabilidad			
Seguro de automóvil			
Otro seguro o cobertura similar			

Certificación

El paciente o garante admite que dio toda la información necesaria en esta solicitud. Esto para ayudar a UChicago Medicine a saber si el paciente puede recibir asistencia económica.

Firmando con mi nombre, digo (certifico) que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Solicitaré cualquier ayuda económica estatal, federal o local que pueda recibir para ayudarme a pagar esta factura del hospital.

Autorizo que UChicago Medicine se comunice con otras organizaciones para verificar que la información en esta solicitud sea verdadera y correcta.

Entiendo que si doy información en esta solicitud que no es verdadera y correcta, no recibiré ayuda económica. Pueden quitarme la ayuda económica y yo seré responsable del pago de las facturas.

Nombre del paciente (en letra de molde):

Fecha:

Firma: