

## CARTA DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL: Anexo #2

Gracias por elegir Presence Health para recibir servicios de atención médica. Ofrecemos una variedad de programas de asistencia financiera para cumplir con las necesidades de nuestros pacientes. Nuestros programas son únicamente para los cargos del hospital de Presence Health. Tenga presente que recibirá una factura aparte de cada profesional médico independiente, o grupos de profesionales médicos, por la atención médica, tratamiento o servicios prestados. El Programa de asistencia financiera no cubre esos cargos.

**USTED PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:** El completar esta solicitud le ayudará a Presence Health a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudarle para pagar su atención médica. Envíe la presente solicitud al hospital. **SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR POR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere proporcionar un número de Seguro Social, pero ayudará a Presence Health a determinar si usted califica para algún programa público. Para poder aplicar para estos programas, es posible que se requiera aplicar previamente al programa de asistencia financiera. Nos comprometemos a ayudar a pacientes con los procesos de identificación de los programas públicos financiados por el gobierno y el trámite de inscripción,

Sírvase a llenar este formulario y entregarlo al hospital en persona, enviarlo por correo postal, correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento. Al completar este formulario, usted reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a Presence Health a determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Los Programas de asistencia incluyen:

Programa	Disponible para	Descripción	Cómo solicitarlo
Asistencia Financiera	Pacientes con seguro y sin seguro médico	Ofrece atención gratuita o con descuento basado en los ingresos y tamaño de la familia de acuerdo con las Directrices federales de pobreza	Llene la Solicitud del programa de asistencia financiera
Descuento automático en pagos por cuenta propia para personas sin seguro médico	Pacientes sin seguro médico	Ofrece un descuento automático del 40%	No es necesario presentar una solicitud
Descuento por evento catastrófico	Pacientes con seguro y sin seguro médico	El programa limita los costos de desembolso directo cuando las deudas médicas específicas por atención médica en nuestros hospitales excedan del 15% del ingreso bruto de la familia del paciente	Determine si sus gastos de desembolso directo exceden del 15% del ingreso bruto de la familia. Si es así, llene la Solicitud del programa de asistencia financiera
Programa de plan de pagos	Pacientes con seguro y sin seguro médico	Ayuda a pacientes con sus obligaciones financieras a través de establecer convenios de pago	Comuníquese con un Asesor financiero* o Servicio al Cliente llamando al 888-740-4111

Para ayudarnos a determinar si usted califica para recibir asistencia, le agradeceremos completar, firmar y devolver la solicitud que se adjunta acompañada de las copias de los siguientes documentos correspondientes:

1. Prueba de Ingresos: Declaración del Impuesto Federal (*de preferencia*) ó 2 talones de cheques (recibos de pago de sueldo) más recientes
2. Licencia de conducir o identificación emitida por el estado
3. Carta de adjudicación del Seguro Social (si corresponde)
4. Carta de adjudicación de beneficios de compensación por desempleo (si corresponde)
5. Declaración de habitación y alimentación (si no tiene ingresos disponibles) - para obtener vaya al: [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance)

**Envíe el formulario completo y los documentos de respaldo a:**

Presence Health  
Financial Counseling  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Nosotros le enviaremos una respuesta dentro de los siguientes 45 días después de recibir la solicitud completa y los documentos de respaldo. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, comuníquese con nosotros al 888-740-4111 o en el sitio web al [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance) para obtener información adicional sobre los Programas de Asistencia Financiera disponibles.

\***Consejeros financieros:** Presence Covenant Medical Center:217-337-2257•Presence Saint Joseph Hospital:847-931-5562• Presence Saint Joseph Medical Center:815-741-7146• Presence St. Mary's Hospital: 815-937-2028•Presence Mercy Medical Center:630-801-2558•Presence United Samaritans Medical Center:217-443-5000 ext.5128,5151•Holy Family Medical Center: 847-954-5485•Our Lady of the Resurrection Medical Center: 773-794-7626•Resurrection Medical Center: 773-792-5010•Saint Francis Hospital: 847-316-2402 or 847-312-2012•Saint Joseph Hospital: 773-665-6476•Saints Mary and Elizabeth Medical Center: 312-770-3164 or 312-770-2897

# Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

NOTA: esta solicitud es únicamente para los cargos de hospital de Presence Health (no incluye los cargos profesionales de médicos independientes).

Programa que Solicita:

- Asistencia financiera (atención gratuita/con descuento)
- Descuento por evento catastrófico

INFORMACIÓN DEL PACIENTE *-ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACIÓN-					
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
* Si el paciente es menor de edad o estudiante de tiempo completo, anote a(al) los padre(s)/tutor(es) legal(es) como co-solicitante					
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (PACIENTE/PADRES): Relación con el paciente: (encierra en un círculo):      Paciente    Cónyuge    Padre/Madre					
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Domicilio			Teléfono		
Empleador actual		Dirección		Años en el empleo	
INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (CÓNYUGE/PADRES): Relación con el paciente:(encierra en un círculo):      Paciente    Cónyuge    Pariente					
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Domicilio			Teléfono		
Empleador actual		Dirección		Años en el empleo	
Número total de dependientes: (No el solicitante ni el co-solicitante)	Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento		Relación
INFORMACIÓN DE INGRESOS:					
Anote todos los ingresos brutos del hogar, el cual incluye el conyugue o pareja como fiador del paciente o al padre o tutor legal como fiador de un menor de edad. Incluir fuentes económicas tales como: sueldos brutos, salarios, empleo propio, dividendos, intereses, beneficios del Seguro Social, compensación a los trabajadores, estipendios de capacitación, manutención regular de miembros de la familia que no viven en el hogar, pensiones del gobierno o privados, pagos del seguro o anualidades, ingresos de jubilación, ingresos por alquileres, regalías, patrimonios, fideicomisos y					
<b>Fuentes</b> de ingresos mensuales del hogar					
Marque todos los que correspondan y anote los ingresos					
Ingresos por empleo				\$	
Seguro Social				\$	
Discapacidad				\$	
Desempleo				\$	
Manutención de cónyuge/hijos				\$	
Propiedad en alquiler				\$	
Ingresos de inversiones				\$	
Otro:				\$	
				\$	
<b>Total de ingresos mensuales</b>					

Si no tiene ingresos mensuales, es necesario que proporcione la información de quién está brindándole habitación y alimentación. Le agradeceremos llenar la Declaración de habitación y alimentación como documentación de que no tiene ingresos mensuales.

#### INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO/BENEFICIOS

Favor de indicar el o los seguros médicos que actualmente le proveen cobertura. (Seleccione todos los indicados)

Por cada uno seleccionado, favor de adjuntar la documentación correspondiente

- Seguro médico privado
- Medicare
- Medicare Part D
- Medicare Supplement
- Medicaid
- Préstamos de Veteranos
- No tengo seguro médico

#### COMENTARIOS/INFORMACIÓN ADICIONAL:

Firma del solicitante	Fecha	Firma del co-solicitante	Fecha
-----------------------	-------	--------------------------	-------

**FIRMA:** Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Aplicaré a algún tipo de asistencia estatal, federal o local donde pueda ser elegible para ayudar a pagar la factura del hospital. Tengo entendido que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, por lo tanto, autorizo al hospital para comunicarse con terceras personas para verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, se podrá revertir cualquier tipo de asistencia financiera a mi persona y seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Envíe el formulario completo y los documentos de respaldo a:

Presence Health  
Financial Counseling  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, comuníquese con nosotros al 888-740-4111 o en el sitio web al: [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance) para obtener información adicional sobre los Programas de Asistencia Financiera disponibles.

#### Consejeros Financieros:

- Presence Covenant Medical Center: 217-337-2257
- Presence Saint Joseph Hospital: 847-931-5562
- Presence Saint Joseph Medical Center: 815-741-7146
- Presence St. Mary's Hospital: 815-937-2028
- Presence Mercy Medical Center: 630-801-2558
- Presence United Samaritans Medical Center: 217-443-5000 ext.5128,5151
- Presence Holy Family Medical Center: 847-954-5485
- Presence Our Lady of the Resurrection: 773-794-7626
- Presence Resurrection Medical Center: 773-792-5010
- Presence Saint Francis Hospital: 847-316-2402 or 847-312-2012
- Presence Saints Mary and Elizabeth Medical Center: 312-770-3164 or 312-770-2897
- Presence Saint Joseph Hospital: 773-665-6476