

**Importante: \*\*Es posible que pueda recibir atención médica gratuita o con descuento.** Completar esta solicitud ayudará a Advocate Health Care a determinar si usted es elegible para recibir servicios gratuitos o con descuento de parte de Advocate o si puede calificar para programas públicos que pueden ayudarlo a pagar por su atención médica. Si usted no tiene seguro, no se requiere un número de seguro social para calificar para recibir atención gratuita o con descuento de parte de Advocate. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social en esta solicitud, pero ayudará a Advocate a determinar si usted puede calificar para algún programa de asistencia pública.

Complete esta solicitud lo antes posible después de la fecha de la atención para que Advocate Health Care pueda determinar su elegibilidad potencial para recibir asistencia financiera. Aceptaremos su solicitud hasta 240 días después de la fecha del primer estado de facturación de la atención.

Para los fines de esta solicitud, Advocate Health Care define a la "familia" como el paciente, el cónyuge o pareja de hecho del paciente, los padres o tutores del paciente (en el caso de un paciente menor de edad) y cualquier dependiente que se declare en la declaración de impuestos sobre la renta del paciente o de los padres, y que viva en la casa del paciente o en la de los padres o tutores del paciente.

<b>INSTRUCCIONES: Complete la solicitud en su totalidad y firme la certificación de la solicitud para verificar la información.</b>				
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>				
Dirección de correo electrónico				Tamaño de la familia (incluye al paciente)
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Calle	Apto. no.	Ciudad	Estado	Código postal
Empleador				Dirección
Teléfono de la casa				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código postal	Ingreso bruto mensual	Teléfono del trabajo
¿Tiene cobertura o es elegible para alguna póliza de seguro médico, incluidas la cobertura en el extranjero, Marketplace, COBRA, beneficios para veteranos, Medicaid o Medicare? <input type="checkbox"/> Sí (sírvase brindar información a continuación) <input type="checkbox"/> No, no se brinda/no está disponible el seguro médico				
Titular de la póliza:		Asegurador:	Número de póliza:	
Titular de la póliza:		Asegurador:	Número de póliza:	
¿Era usted residente de Illinois cuando recibió la atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha solicitado Medicaid? (es posible que le pidamos que lo haga) <input type="checkbox"/> Sí - En espera de aprobación <input type="checkbox"/> Sí - No elegible <input type="checkbox"/> No				
¿El tratamiento que se brinda está relacionado con alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Crimen <input type="checkbox"/> Accidente en el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:				
¿Está buscando una reclamación de responsabilidad civil (automóvil, compensación laboral, etc...)? <input type="checkbox"/> Sí (suministre información a continuación) <input type="checkbox"/> No				
Nombre del abogado: _____		Número de teléfono del abogado: _____		
<b>CÓNYUGE/TUTOR O PADRE(S) DE MENOR DE EDAD</b>		Relación con el paciente		Fecha de nacimiento
Dirección de correo electrónico				Número de seguro social
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Teléfono de la casa	
Empleador				Dirección
Teléfono celular				Teléfono del trabajo
Ciudad	Estado	Código postal	Ingreso bruto mensual	Teléfono del trabajo
<b>MIEMBROS DEPENDIENTES EN EL HOGAR</b>				
Nombre	Edad	Relación		

<b>PREFERENCIA HOSPITALARIA</b>	
Indique en qué hospital está programado, o es más probable es que visite:	
<input type="checkbox"/> Christ Medical Center	<input type="checkbox"/> Lutheran General Hospital
<input type="checkbox"/> Condell Medical Center	<input type="checkbox"/> Sherman Hospital
<input type="checkbox"/> Good Samaritan Hospital	<input type="checkbox"/> South Suburban Hospital
<input type="checkbox"/> Good Shepherd Hospital	<input type="checkbox"/> Trinity Hospital
<input type="checkbox"/> Illinois Masonic Medical Center	<input type="checkbox"/> Advocate Children's Hospital

<b>ELEGIBILIDAD PRESUNTA</b>		
Los pacientes sin seguro que demuestren uno de los criterios de elegibilidad presuntivos que se enumeran a continuación, ya sea en forma individual o a través de los beneficios que se proporcionan a su familia, son automáticamente elegibles para recibir atención médica gratuita y no necesitan suministrar ningún tipo de información sobre ingresos, activos o gastos*. Advocate verifica la elegibilidad en forma electrónica cuando es posible, pero puede ser que necesitemos que usted nos ayude a demostrar su elegibilidad. *El paciente aún tendrá que firmar la certificación de la solicitud.		
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Almuerzo/desayuno gratis en Illinois
<input type="checkbox"/> Recluso	<input type="checkbox"/> Indigente	<input type="checkbox"/> Subsidio de asistencia para servicios médicos
<input type="checkbox"/> Fallecido sin bienes	<input type="checkbox"/> TANF: Asistencia temporal para familias necesitadas	<input type="checkbox"/> LIHEAP: Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia médica basado en la comunidad	<input type="checkbox"/> Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente	<input type="checkbox"/> Programa de apoyo para viviendas de alquiler de la Autoridad de Desarrollo de la Vivienda de Illinois
<input type="checkbox"/> Afiliación a una congregación religiosa y voto de pobreza	<input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos	<input type="checkbox"/> Información requerida de la evaluación verbal

<b>INFORMACION DE INGRESOS Y ACTIVOS</b>	
Proporcione uno o más de los siguientes documentos para cada miembro de la familia empleado y firme la siguiente declaración:	
1. Una copia del talón de pago más reciente	4. Un extracto de su empleador si se le paga en efectivo
2. Una copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes	5. Cualquier otra verificación de un tercero sobre sus ingresos (incluyendo cartas de concesión, declaraciones de beneficios, órdenes judiciales, etc...)
3. Una copia de la declaración de impuestos más reciente	

<b>CERTIFICACIÓN DE INGRESOS</b>		
Si no puede proporcionar ningún documento relacionado con sus ingresos, llene la siguiente declaración: Yo _____ (nombre), certifico que no tengo documentos que prueben los ingresos mensuales de mi familia de \$ _____.		
Recibido de:	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Recibido de:	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:

<b>OTROS INGRESOS</b>
Además de los ingresos provenientes de su empleo, usted puede recibir ingresos o apoyo de otra fuente (por ejemplo, seguro social, discapacidad, manutención infantil, pensión de alimentos, subsidio de desempleo o indemnización por accidentes de trabajo, pensión de veterano o discapacidad, TANF, ingresos de jubilación u otros ingresos). Indique la fuente y la cantidad de ingresos.

<b>CUENTAS/INVERSIONES/ ACTIVOS BANCARIOS</b>		
Indique el saldo total actual de cada uno de los siguientes rubros.		
Cuentas de cheques/ahorros/cooperativa de crédito:	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/A
Otras inversiones (bonos, acciones, etc., excluyendo cuentas IRA y/o de jubilación):	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/A
Cuenta de ahorros para la salud o cuenta de gastos flexibles	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/A
Automóviles u otros vehículos	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/A

<b>PROPIEDAD</b>		
Proporcione información sobre cualquier propiedad (edificios y/o terrenos) que usted posea que no sea su residencia principal.		
¿Cuál es el valor de todos los edificios y terrenos menos la cantidad adeudada por la propiedad?	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/A
¿Se utiliza esta propiedad como ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál es el valor del terreno (sin edificios) menos la cantidad adeudada por la propiedad?	\$ _____	<input type="checkbox"/> N/A
¿Se utiliza esta propiedad como ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES**

Enumere sus gastos mensuales a continuación. Esta información puede ayudar a Advocate a tomar una decisión con respecto a su solicitud, como por ejemplo, facturas grandes pendientes que mostrarían dificultades financieras. Puede proporcionar copias de estos gastos (por ejemplo: facturas de teléfono, facturas de electricidad, facturas médicas, estados de cuenta bancarios o de cheques, etc.) junto con su solicitud.

Vivienda/Hipoteca/Alquiler	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Servicios (electricidad, calefacción y refrigeración, agua, entre otros)	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Comida	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Transporte	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Cuidado de dependientes	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Préstamos	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Gastos médicos	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Otros gastos	Cantidad: \$ _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE - Opcional**

La siguiente información se utiliza solo para fines estadísticos. Las siguientes preguntas son OPCIONALES, y las respuestas o las no respuestas del paciente no tendrán impacto alguno en el resultado de la solicitud.

<u>Raza del solicitante:</u>	<u>Grupo étnico del solicitante</u>	<u>Sexo del solicitante</u>	<u>Idioma preferido del solicitante</u>
<input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De origen hispano/latino	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> No es de origen hispano o latino	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Árabe
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo			<input type="checkbox"/> Polaco
<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico			<input type="checkbox"/> Ruso
<input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Chino simplificado
<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Español
			<input type="checkbox"/> Otro

**Certificación de la aplicación:** Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por Advocate Health Care, y autorizo a Advocate Health Care a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la asistencia financiera de Advocate, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida, y seré responsable del pago de la factura del hospital. El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

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

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

**Complete lo siguiente si depende de otra persona para que le proporcione los gastos diarios de subsistencia:**

**DECLARACIÓN DE APOYO**

\*\*\*debe ser completada por la persona que presta asistencia al paciente y/o a su familia\*\*\*\*.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que atiende las necesidades del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona indicada arriba: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

He estado dando ayuda financiera al paciente desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Yo le he proporcionado:

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alojamiento y comida  | <input type="checkbox"/> Ropa         | <input type="checkbox"/> Pagos para los gastos mensuales  |
| <input type="checkbox"/> Gastos escolares      | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Gastos de transporte: préstamo de automóvil, seguro de automóvil, gasolina, etc. |
| <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____ |                                       |   |

Puedo continuar proporcionando lo anterior para la persona indicada, pero no puedo contribuir a sus gastos médicos.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona que presta asistencia

\_\_\_\_\_  
 Fecha

<p><b>Envíe las solicitudes completadas antes del:</b>  <b>Envíe por correo a:</b> Advocate Health Care                  P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908;  <b>Fax:</b> (630) 645-4691;  <b>Correo electrónico:</b> SRCO-FinancialAssistance@aah.org; o llevar a un asesor financiero para pacientes</p>	<p><b>¿Necesita ayuda? Podemos ayudarle</b>  <b>Llame al</b> (630) 645-2400 o visite a un asesor financiero para pacientes.</p>
---	---

Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento de pacientes no asegurados pueden informarse a la Oficina de Atención de Salud del Fiscal General de Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General). Puede contactarlos al 1-877-305-5145.