**INFORMACIÓN SOBRE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

La misión de Sinaí Chicago, es la de mejorar la salud de las personas y las comunidades a las que presta servicio, sin importar la capacidad que tenga la persona para pagar.

**Teniendo en cuenta esta misión, Sinaí tiene un programa de asistencia financiera para ayudar a los pacientes a pagar por los servicios médicos esenciales que proveen sus hospitales afiliados.** Este programa ayuda a los pacientes que no pueden tener acceso a los programas públicos, tales como Medicare, Medicaid, Asistencia para Víctimas de Crimen, u otros programas. Usted podría ser elegible a los servicios del cuidado de la salud gratuitos o con un descuento. Al llenar esta solicitud le ayudará al Hospital Mount Sinai, Hospital de Rehabilitación de Schwab, Hospital Holy Cross y Grupo Médico Sinaí a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o pueda ser elegible a otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por sus servicios de atención médica. Entregue por favor esta solicitud al hospital.

Si usted no tiene seguro médico, no se requiere un número de seguro social para ser elegible al servicio de cuidado gratuito o con descuento, pero ayudará a determinar si usted es elegible para cualquier programa público. Un número de seguro social se requiere para ciertos programas públicos, incluyendo Medicaid. También le ayuda a Sinaí en el uso de información tecnológica electrónica para determinar la asistencia financiera.

**Las solicitudes para asistencia financiera están disponibles para cualquier paciente que manifieste la necesidad de ayuda financiera.** Llene por favor este documento y entréguelo al hospital, en persona, por correo, correo electrónico o por facsímil, para solicitar atención médica gratuita o con descuento dentro de los 60 días después de la fecha que fue dado de alta o recibo por atención médica de consulta externa. Hay consejeros financieros disponibles en el Hospital Mount Sinai, Hospital Holy Cross o en el Hospital de Rehabilitación de Schwab entre las 7:30 a.m. y 4:30 p.m. El consejero financiero necesitará verificar su identidad, ingresos, tamaño de la familia y domicilio.

Junto con la solicitud llena con la información indicada, **por favor incluya**:

* Identificación del gobierno con fotografía (si está disponible)
* Comprobante de Ingresos
  + Formularios de impuestos del IRS del año calendario más reciente;
  + Todos los formatos W-2 y /o 1099 del año calendario más reciente;
  + Los últimos dos talones de pago actuales o cualquier documento oficial del empleador, si le pagan en efectivo;
  + Cualquier otro documento considerado aceptable por Sinaí, de verificación razonable de ingresos, tales como documentos de pensión, verificación por escrito del empleador (si le pagan en efectivo), cheques del seguro social o manutención; y/o
  + Una carta de alimentación y alojamiento;
* Comprobante de Dependientes
  + Acta de nacimiento de cada niño dependiente o cualquier otro documento justificativo.
* Comprobante de residencia de Illinois. Usted solamente necesita proporcionar uno *(1) de los siguientes documentos:*
  + Cualquiera de los documentos requeridos como parte de verificación de ingreso;
  + Tarjeta de registración como votante de Illinois;
  + Un acuerdo de contrato de arrendamiento;
  + Una matrícula de registración del vehículo;
  + La dirección o domicilio del paciente no asegurado y una dirección gubernamental de Illinois u otra fuente creíble;
  + Se pueden utilizar fuentes alternas, cuando estén disponibles, para validar el domicilio.
* Si usted necesita cuidado de salud porque fue víctima de un crimen, traiga por favor copia del reporte de policía.

En ciertos casos, puede que a usted se le ofrezca un descuento de caridad sin una solicitud. **Antes de entregar una solicitud para asistencia financiera, pregúntele por favor a uno de los consejeros financieros si usted es elegible para un descuento de caridad!** Usted puede comunicarse con un consejero financiero llamando al (773) 257-1777, o venga en persona al Hospital Mount Sinai, Hospital Holy Cross o el Hospital de Rehabilitación de Schwab.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**DECLARACIÓN FINANCIERA**

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR ATENCION MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO: Al llenar esta solicitud le ayudará al hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su cuidado de salud. Entregue por favor esta solicitud al hospital.

SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA SER ELEGIBLE A LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, un número de seguro social se requiere para ciertos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de seguro social no es un requisito pero le ayudará a Sinaí a determinar si usted es elegible para cualquier programa público.

Llene por favor este documento y entréguelo al hospital, en persona, por correo, correo electrónico o por facsímil, para solicitar cuidado gratuito o con descuento dentro de los 60 días después de la fecha que fue dado de alta o recibo por atención médica de consulta externa.

El paciente acepta que el/ella hizo un esfuerzo de buena fe en proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

1. **Información del paciente y persona responsable**

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

Nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Calle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del seguro social del paciente (no se requiere si usted no está asegurado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona responsable *(si es diferente al paciente): Padre o tutor ex esposo/a/pareja divorciado/a o separado/a responsable del cuidado médico del paciente por acuerdo de disolución/separación*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Segundo nombre Apellido

Hay algún otro seguro/ beneficios de Medicare, Medicaid, beneficios de Veterano, o algún otro seguro médico y planes suplementarios? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta atención médica que se le proporciono es relacionada con un accidente automovilístico, trabajo o accidente industrial?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Información del empleador**

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Calle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

**Información de Esposo/a/Pareja**

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Calle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

**Información del Empleador del Padre o Tutor (para pacientes pediátricos)\***

**Padre/Tutor 1.**

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Calle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

**Padre/Tutor 2.**

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Calle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

1. **Información del Ingreso Familiar (Proporcione por favor prueba de ingreso reportado)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Total por 1 Mes** | **Total de Ingreso Anual** |
| **Salarios** |  |  |
| **Ayuda pública** |  |  |
| **Compensación por desempleo** |  |  |
| **Compensación para trabajadores** |  |  |
| **Pensión** |  |  |
| **Manutención** |  |  |
| **Ingreso por dividendos** |  |  |
| **Intereses, Alquiler** |  |  |
| **Otro** |  |  |
| **Total** |  |  |

1. **Información del Tamaño de la Familia**

Número total de dependientes: *(Número de personas por las cuales es usted financieramente responsable.)\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **Edad** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Si usted cumple con el criterio presuntivo de elegibilidad establecido en la Sección 4500.40 del código administrativo de Illinois o es, de otra manera, presuntivamente elegible debido a su ingreso familiar, no se requiere que usted llene esta sección de la solicitud de ayuda financiera.**

1. **Gastos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gasto** | **Pagos mensuales** | **Saldo (donde aplique)** |
| Hipoteca/ Alquiler | $ | $ |
| Servicios:  Gas  Electricidad  Agua/ Alcantarillado  Teléfono  Cable | $  $  $  $  $ $ |  |
| Comida (utilice $160.00 por miembro familiar por mes si se desconoce la cantidad) | $ |  |
| Tarjetas de crédito/ Otro  Tarjetas de crédito/ Otro  Tarjetas de crédito/ Otro | $  $  $ | $  $  $ |
| Pagos del carro  Marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_\_\_ | $ | $ |
| Otros gastos médicos  Otros gastos médicos | $  $ | $  $ |
| Gastos adicionales |  |  |
| Total de todos los gastos | $ | $ |

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Llenaré la solicitud para cualquier asistencia federal o local del estado de la cual pueda ser legible para la ayuda en el pago de esta factura de hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital para que contacte a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si intencionadamente proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me otorgue podría ser anulada y yo seré responsable del pago total de la factura del hospital.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente/Persona responsable Fecha