



INSTRUCCIONES DE SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

Instrucciones:

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad, West Suburban Medical Center decide proporcionar ayuda financiera a personas que son económicamente o médicamente indigentes y que cumplen con ciertos requisitos.

Para determinar si una persona reúne los requisitos para ayuda financiera, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá considerar plenamente su solicitud de ayuda financiera.

Si no tiene seguro, no se requiere un Número de Seguridad Social para recibir atención gratuita o con descuento. Sin embargo, se requiere un Número de Seguridad Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario proporcionar un Número de Seguridad Social, pero hacerlo ayudará al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para algún programa público.

Proporcione la información solicitada y envíela a la siguiente dirección:

West Suburban Medical Center
3 Erie Court, Oak Park, IL 60302
Attn: Financial Counseling

Verificación de ingresos:

PARA CONSIDERAR SU SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA, SE REQUIERE VERIFICACIÓN DE INGRESOS. PROPORCIONE UNA COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Carta de determinación de ayuda gubernamental, Seguridad Social, indemnización laboral o subsidio por desempleo
- Declaración de ingresos del año anterior

INCLUYA TAMBIÉN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES:

- Formulario W-2 del IRS, Declaración de Sueldos e Ingresos de todos los ingresos de la unidad familiar
- Últimos 2 talones de cheque de todos los ingresos de la unidad familiar
- Estado de cuenta bancario que contenga información de ingresos

En caso de que no esté disponible la verificación de ingresos, comuníquese con nuestra oficina para recibir más instrucciones. Las solicitudes sin verificación se consideran incompletas y **NO SE PROCESARÁN**. Devuelva la solicitud y la verificación de ingresos en 7 días a la dirección arriba indicada.

Si un paciente cumple con los criterios presuntivos o si de alguna otra manera presuntivamente reúne los requisitos debido a los ingresos familiares del paciente, el paciente no tendrá que llenar la sección de la solicitud correspondiente a gastos mensuales.

Notificación de determinación:

Después de recibir y revisar toda la información necesaria le avisaremos que reúne los requisitos. El aviso se enviará al domicilio postal que proporcionó en la Solicitud de ayuda financiera.

Servicios de médicos:

Los médicos que prestan servicios en este hospital no son empleados de West Suburban Medical Center. Recibirá facturas independientes de su médico particular y de otros médicos cuyos servicios requiera (patólogo, radiólogo, cirujano, etc.). La Solicitud de ayuda financiera no aplica a ninguna cantidad adeudada por usted por concepto de servicios de médicos. Para preguntas referentes a sus facturas o para hacer trámites de pago para los servicios de los médicos, comuníquese al consultorio de cada médico.

Para recibir ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con West Suburban Medical Center [Servicio al Cliente] al (708) 763-6260 o sin costo: (708) 763-6873, de lunes a viernes entre las 7:00 a.m. y las 3:30 p.m.



GRNTOR #: _____

HOSP CODE: _____

PATIENT INFORMATION/DATOS DEL PACIENTE

Patient Name/Nombre del paciente	Account Balance/Saldo de la cuenta	Patient Number/Número de paciente	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Admission Date/Fecha de admisión	Discharge Date/Fecha de alta	Social Security No/No. de Seguridad Social	Marital Status/Estado civil
Home Address/Domicilio particular			
City/Ciudad		State/Estado	Zip/Código postal
Name of Medical Provider/Nombre del proveedor médico		Beginning Coverage Date/Fecha de inicio de cobertura	
Name of Doctor/Nombre del médico			
Employer Name/Nombre del empleador		Occupation/Ocupación	Telephone/Teléfono

GUARANTOR INFORMATION/DATOS DEL AVAL

Name/Nombre		Social Security No/No. de Seguridad Social	Age/Edad
Relationship to Applicant/ Relación con el solicitante	Address/Domicilio		Telephone/Teléfono
City/Ciudad		State/Estado	Zip/Código postal
Employer/Empleador		Employer Phone/Teléfono del empleador	Occupation/Ocupación
Address/Domicilio			
City/Ciudad		State/Estado	ZIP/Código postal

FINANCIAL INFORMATION/DATOS FINANCIEROS

Total Monthly Income/Ingreso mensual total	No. of Dependents/ No. de dependientes	Residence(Own/Rent)/ Residencia (propia/renta)	Car (Model/Year)/Vehículo (modelo/año)
--	---	---	--

RESOURCES/RECURSOS

Name of Bank/Nombre del banco	Checking Account/Cuenta de cheques \$ \$	Savings Account/Cuenta de ahorros
-------------------------------	---	-----------------------------------

MONTHLY EXPENSES/GASTOS MENSUALES

Rent/Mortgage/ Payment/ Renta/hipoteca/pago \$ \$	Water Bill/Cuenta de agua	Gas Bill/Cuenta de gas \$	Phone Bill/Cuenta de teléfono \$
Electric Bill/Cuenta de electricidad \$ \$	Car Payment/Pago de vehículo	Insurance Premium/Prima de seguro \$	Other Bills/Otras cuentas \$

HOUSEHOLD COMPOSITION/COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

Name/Nombre	Relationship/Relación	Date of Birth/Fecha de nacimiento	Social Security No./ No. de Seguridad Social

If unable to provide requested documents, please explain below/

Si no puede proporcionar los documentos solicitados, explique a continuación

COMMENTS/COMENTARIOS:

AFFIDAVIT/DECLARACION

<p>I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.</p> <p>I agree to tell the provider of service within ten (10) days if there are any changes in my (or the persons on whose behalf I am acting) income, property, expenses or in the persons household or any change of address.</p> <p>I understand that I may be asked to prove my statements and my eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank credit verification and property searches.</p> <p>I understand the county is required by law to keep any information I provide confidential.</p> <p>I further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the county from the proceeds of litigation or settlement resulting from such an act.</p>	<p>Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que proporcioné son verídicas y correctas hasta donde tengo conocimiento.</p> <p>Me comprometo a notificar al proveedor del servicio dentro de un plazo de diez (10) días si hay algún cambio en mi ingreso, propiedad, gastos (o en los de las personas a cuyo nombre actúo), o en la unidad familiar de la persona o cualquier cambio de domicilio.</p> <p>Entiendo que quizá se me pida que compruebe mis declaraciones y que mis declaraciones de elegibilidad estarán sujetas a verificación mediante contacto con mi empleador, verificación de crédito bancario y búsquedas de propiedades.</p> <p>Entiendo que el condado está obligado por ley a mantener confidencial toda la información que yo proporcione.</p> <p>Acepto además que a cambio de recibir servicios médicos como resultado de un accidente o una lesión, debo reembolsar al condado utlizando fondos de la compensación obtenida del litigio o acuerdo económico derivado de dicha acción.</p>
---	---

Signature/Firma

Date/Fecha

For Hospital Use Only/Exclusivamente para uso del hospital

Facility/Centro: _____

Accepted/Aceptado: _____

Denied/Denegado: _____

COMMENTS/COMENTARIOS:

Signature Approval/Firma de aprobación

Date/Fecha