



Ejemplo 1 Instrucciones para el Programa de Ayuda Financiera

Harrisburg Medical Center
100 Dr Warren Turtle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 253-0475

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (35618)

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62901
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

Estimado paciente/garante:

IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE UD. PUEDA RECIBIR CUIDADO GRATUITO O DE DESCUENTO. El completar esta solicitud ayudará a _____ a determinar si Ud. puede recibir servicios gratuitos o de descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, entregue esta solicitud al hospital.

SI UD. NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O DE DESCUENTO. Sin embargo, sí se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere suministrar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si Ud. califica para algún programa público.

Por favor, complete este formulario y entréguelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico (disponible en el sitio web), o por fax para solicitar cuidado gratuito o de descuento dentro de los 90 días después de la fecha de ser dado de alta o de recibir cuidado ambulatorio.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información pedida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.

Por favor, entienda que, para recibir ayuda con su factura hospitalaria, Ud. necesitará indicar todas las fuentes de pago, tales como seguro médico, Medicaid, remuneración del trabajador, responsabilidad, etc. Deben haberse agotado totalmente todos los otros pagadores antes de que se considere la ayuda financiera.

En ciertas circunstancias, es posible que no se requiera una solicitud, porque el paciente puede ser elegible para elegibilidad presunta. Por favor, contacte a un Consejero Financiero, llamando al número de arriba, para obtener más información.

Por favor, devuelva la solicitud con la siguiente información:

1. Una solicitud para Ayuda Financiera completa, firmada y fechada.
2. Una copia de la última declaración de impuestos federales que Ud. presentó. Si trabaja por su propia cuenta, debe incluir el anexo C. Por favor, incluya una copia de todos los formularios W-2.
3. Una copia del cheque o talón de cheque más reciente de su empleo, de desempleo, de Seguro Social, de pensión, de remuneración del trabajador (o de la carta de determinación para remuneración del trabajador) o de cualquier otra fuente de ingresos que haya recibido durante las últimas trece (13) semanas. Aceptaremos uno de los tres documentos siguientes como prueba de salario:
 - a. Un formulario de verificación del salario del empleado, relleno y firmado por sus empleadores, para cada persona asalariada del hogar. (Véase la solicitud para este formulario).
 - b. Copias de los talones de cheques de las últimas 13 semanas.

- c. Una copia impresa de su salario de su empleador de las últimas 13 semanas.
 - d. La información salarial que se indicó tiene que aprobarse para todos los miembros del hogar/de la familia.
4. Si es del caso, una prueba de su participación en programas de ayuda gubernamental, tales como cupones para alimentos, WIC, Medicaid, Link, almuerzo escolar, Child Care Resource & Referral Program (Programa de recursos y referencias para cuidados infantiles).
 5. Es posible que se le pida que solicite ayuda de otras fuentes apropiadas, si se determina que Ud. podría calificar para tal ayuda.

Ejemplo 01, Página 2

Si desea presentar una apelación de nuestra decisión o solicitar una reconsideración, debe hacerse por escrito. Por favor, incluya la razón o provea información adicional que pueda beneficiar nuestra revisión.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

En la actualidad, SIH ofrece opciones electrónicas convenientes para completar las solicitudes de ayuda médica iniciando sesión en Mi Portal Médico. Visite www.mychart.sih.net para instrucciones completas, siete días a la semana, las 24 horas. También puede enviar la solicitud completa a la dirección indicada para la instalación donde incurrió el cargo.

Solo se requiere una solicitud si Ud. tiene cuentas en cualquiera o en todos los hospitales antes mencionados. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor, contacte al Consejero Financiero de la instalación correspondiente. Nos puede contactar de lunes a viernes, de las 8:00 am a las 4:30 pm.

El completar esta solicitud no lo exonera de su obligación financiera con Southern Illinois Healthcare; Southern Illinois Healthcare se reserva el derecho a denegar cualquier solicitud tras revisión.

Atentamente,

Consejero Financiero



Harrisburg Medical Center
100 Dr Warren Turtle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 253-0475

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (35618)

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62901
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección:

Dirección de la calle/PO Box Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono _____ Número de Seguro Social: _____ (no necesario)

Información sobre la familia/el hogar:

1. Número de personas de la familia/el hogar del paciente _____
2. Número de personas que son dependientes del paciente _____
3. Edades de los dependientes del paciente: _____

Información sobre el empleo y los ingresos

1. Escriba la información del empleador del paciente, del cónyuge o pareja del paciente.
2. Si el paciente es menor de edad, escriba la información del empleador de los padres o tutores del paciente.

Paciente	Cónyuge	Pareja	Otro
Nombre del empleador del paciente: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador del cónyuge: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador de la pareja: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre de otro empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____
Nombre del empleador del paciente: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador del cónyuge: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador de la pareja: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre de otro empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____

Otros Ingresos

Otros ingresos	Ingresos mensuales del paciente	Ingresos mensuales del cónyuge/de la pareja/de otro dependiente
Salario	\$	\$
Trabajo por cuenta propia	\$	\$
Indemnización por desempleo	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Seguro Social por incapacidad	\$	\$
Pensión de veterano / Compensación por discapacidad de veterano	\$	\$
Remuneración del trabajador	\$	\$
Asistencia temporal para familias necesitadas	\$	\$
Ingresos por jubilación	\$	\$
Manutención de niños, pensión alimenticia u otra manutención conyugal	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$

Documentación de los ingresos de la familia procedente de talones de cheques, declaraciones de beneficios, cartas de aprobación, órdenes judiciales, declaraciones de impuestos federales u otra documentación proporcionada por el paciente.

*Bienes

Bienes raíces: Propios _____ Alquilados _____		Banco: Cuenta corriente	\$
Valor en el mercado:	\$	Ahorros	\$
Cantidad adeudada:	\$		
	\$	Fondos mutuos de inversión:	\$
Auto/Camioneta/Tipo:		Acciones, certificados de depósito:	\$
Valor en el mercado:	\$	Propiedad de alquiler:	\$
Motocicletas, Botes, Autocaravanas, Otros vehículos:		Otros:	\$
Valor en el mercado:	\$		\$
			\$
			\$

*Los bienes no se necesitan para National Health Services Corps (NHSC) en las instalaciones de SIH Primary Care Harrisburg.

Gastos mensuales

Pagos de alquiler o de hipoteca:	\$	Otros:	\$
Servicios públicos:	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuidado de los niños:			\$
Alimentos y suministros:	\$		\$
Pagos de carro:	\$		\$
Transporte:	\$		\$
Tarjetas de crédito:	\$		\$
Impuestos de propiedad: (anual):	\$		\$
		Total de los gastos mensuales	

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Voy a solicitar cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital para que contacte a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, seré inelegible para recibir ayuda financiera, cualquier ayuda que se me conceda podrá retirarse, y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El paciente era residente o residente temporal de Illinois cuando el cuidado médico fue prestado por el hospital?
Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El paciente estuvo involucrado en un supuesto accidente?
Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El paciente fue víctima de un presunto delito?
Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El solicitante tiene un(a) pleito/demanda legal abierto(a) o activo(a) para las cuentas por las que se solicita ayuda?
Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El solicitante tiene beneficios de algún seguro?

INFORMACION DEMOGRAFICA OPCIONAL: (encierre en un círculo la mejor respuesta)

***El responder o no, no tendrá ningún efecto en el resultado de esta solicitud**

Raza

Nativo americano o Nativa de Alaska
 Asiático
 Indú-asiático
 Negro o afroamericano
 Chino
 Hawaiano nativo o de otras islas del Pacifico
 Otra raza
 Blanco

Etnicidad

Hispano o latino
 No Hispano, latino o de origen español

Sexo

Hombre
 Mujer
 Hombre en transición a mujer
 Mujer en transición a hombre

Idioma que prefiere: _____

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden informarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Fecha: _____

Firma: _____
 Paciente/Solicitante

Fecha: _____

Firma: _____
 Paciente/Solicitante

Ejemplo 04 Formulario salarial del empleado para la solicitud del Programa de Ayuda Financiera

Formulario del salario del empleado

(Debe ser completado y firmado por el Empleador)

Nombre del empleado: _____

Número de Seguro Social del empleado: _____ (no necesario)

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____ Ext.: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Salario de las últimas 13 semanas

Semana	Período de pago que termina el:	Ingresos brutos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
12		
13		

1. ¿El empleado está trabajando actualmente? _____ (sí/no). Si no es así, ¿cuándo fue el último día que trabajó? _____
2. Si el empleado no está trabajando actualmente, ¿va a volver al trabajo? _____ (sí/no)
Fecha de regreso prevista _____
3. ¿Cuándo empezó el empleo? _____ ¿Cuándo terminó? _____

Yo certifico que la información del salario de la persona mencionada arriba es verdadera y exacta.

Fecha: _____

Firma: _____

Firma del empleador o
Representante del empleador