

# PASSAVANT AREA HOSPITAL

Jacksonville, Illinois

1600 West Walnut Jacksonville, IL 62650 217 245 9541

\* 2B031 \*

## PROGRAMA DE CUIDADO BENÉFICO Y DESCUENTO A PACIENTES NO ASEGURADOS

RE: # de cuenta de Passavant:

Fecha:

Estimado paciente/garante:

Importante: USTED PODRÍA RECIBIR CUIDADO MÉDICO GRATIS O CON DESCUENTO: el completar esta solicitud podría ayudar al Passavant Area Hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratis o con descuento, o si hay algún otro programa público que podría ayudarle a pagar por su cuidado médico. Por favor entregue esta solicitud en el hospital.

SI USTED NO ESTÁ ASEGURADO, NO SE REQUIERE PROVEER SU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO MÉDICO GRATUITO O CON DESCUENTO. Sin embargo, sí se requiere el número de Seguridad Social para algunos programas públicos como Medicaid. No es obligatorio que provea su número de Seguridad Social, pero proveerlo ayudaría al hospital a determinar si califica para cualquier otro programa público.

Por favor complete esta solicitud y preséntela al hospital personalmente, por correo, por correo electrónico PAHFinancial.Assistance@MHSIL.com o por fax (217-479-8781) para solicitar cuidado médico gratis o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de alta o de haber recibido atención ambulatoria.

El paciente acepta que él/ella ha hecho un esfuerzo de buena fe por proveer toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si califica para recibir ayuda económica.

Si necesita ayuda o más información, por favor llámenos. Nos puede llamar al 217-245-9541 extension 3014 o 3128.

### SOLICITUD ECONÓMICA

Por favor complete toda la solicitud a su mejor saber y entender.

#### Información del paciente

Nombre (primero, segundo y apellido)	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social No es necesario	
Dirección particular (incluya Nro. de apto.)	Ciudad	Estado	Código postal
¿El paciente ha estado involucrado en un presunto accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de teléfono preferido ( )	
¿El paciente está cubierto con otro programa de seguro? Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Veterans Benefits <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			

#### Información del solicitante/garante/cónyuge/pareja

Nombre (primero, segundo y apellido)	Número de teléfono preferido ( )		
Dirección particular (incluya Nro. de apto.)	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador:	Teléfono del empleador: ( )		
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal

**PASSAVANT AREA HOSPITAL**  
Jacksonville, Illinois

**Información familiar/doméstica**

Número de personas en la casa del paciente:	
Número de dependientes del paciente:	Edad de los dependientes:

**Programa de presunta elegibilidad (por favor marque todas las opciones para las que el paciente califique)**

Si marca cualquiera de las siguientes, no necesita completar la sección de Ingresos netos familiares mensuales más abajo.

<input type="checkbox"/> Programa de nutrición para mujeres y niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Reclusión en una institución penal
<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> No tener hogar
<input type="checkbox"/> Programa de ayuda suplementaria de nutrición (SNAP)	<input type="checkbox"/> Paciente difunto sin propiedades
<input type="checkbox"/> Programa de ayuda para energía de hogares con bajos	<input type="checkbox"/> Orden religiosa y voto de pobreza
<input type="checkbox"/> Discapacidad mental; sin nadie que pueda actuar en representación del paciente	<input type="checkbox"/> Bancarrota personal reciente
<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para servicios médicos	<input type="checkbox"/> Plan de almuerzo y desayuno gratis de IL
<input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid, pero no para la fecha de la prestación del servicio o para un servicio no cubierto	<input type="checkbox"/> Programa de ayuda con casas alquiladas de IHDA
<input type="checkbox"/> <b>Estar inscrito en un programa organizado por la comunidad que provea acceso al cuidado médico y que evalúe y documente el estado financiero de bajos recursos como un criterio para su membresía (por ejemplo, Central Counties Health Centers)</b>	

**Ingresos netos familiares mensuales** (incluidos los casos en que el cónyuge/pareja sea el garante o el padre sea el garante de un menor)

Con el propósito de verificar, el paciente deberá proporcionar documentación de los ingresos familiares de recibos de salario (copias de los dos más recientes), declaración de beneficios, cartas de adjudicación, providencias, declaración de impuestos federales (la más reciente), o cualquier otra documentación (los formularios W-2 y 1099 más recientes).

Salarios	\$	Beneficios por discapacidad para veteranos de guerra	\$
Empleo por cuenta propia	\$	Beneficios privados por discapacidad	\$
Unemployment compensation	\$	Compensación al trabajador	\$
Seguridad Social	\$	Ingresos por jubilación	\$
Beneficios por discapacidad del seguro social	\$	Manutención de niños/pensión alimenticia	\$
Pensión de veteranos de guerra	\$	Otros ingresos (por favor explique)	\$

**Información económica adicional**

Para poder verificar, por favor incluya copias de los últimos tres meses de lo siguiente

Saldo de la cuenta corriente	\$	Acciones	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$	Fondos mutuos	\$
Cuentas de ahorro de salud/cuentas de gastos flexibles	\$	Certificados de depósito	\$

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local a la que pueda acceder para ayudar a pagar las facturas del hospital. Entiendo que la información provista podría ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros con el fin de verificar la exactitud de la información provista en esta solicitud. Entiendo que si intencionalmente proveo información falsa en esta solicitud no seré elegible para obtener ayuda económica y cualquier ayuda económica que ya se me haya otorgado podría ser revocada y yo seré responsable de pagar la factura del banco.I.

Firma del paciente o solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_