



LOYOLA
MEDICINE

LOYOLA MEDICINE Solicitud de asistencia financiera

Gracias por elegir Loyola Medicine para sus servicios de atención médica. Para ayudarnos a determinar si usted califica para recibir asistencia financiera, por favor responda y entregue esta solicitud junto con copias de los documentos enumerados.

- **Importante:** USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a Loyola Medicine a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Por favor, envíe la solicitud al hospital.
- **SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO.** Sin embargo, se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un Número de Seguro Social, pero éste ayuda al hospital a determinar si califica para algún programa público.
- Por favor, llénelo y envíelo al hospital en persona, por correo, correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los doscientos cuarenta **(240)** días siguientes a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria.
- 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 asistencia financiera.
- **Activos:** Loyola Medicine no considera los activos al determinar la elegibilidad para la asistencia financiera hospitalaria. No se requiere que revele activos como parte de esta solicitud.
- **Nota: Aviso de Elegibilidad Presunta**
Los pacientes pueden ser considerados elegibles para asistencia financiera sin completar esta solicitud utilizando métodos de elegibilidad presunta permitidos bajo la ley de Illinois.

La documentación de ingresos para un paciente no asegurado se limita a solo uno de los siguientes:

- (A) ☐ Una copia de la declaración de impuestos más reciente con anexos
- (B) ☐ Una copia del formulario W-2 y los formularios 1099 más recientes
- (C) ☐ Copias de los 2 talones de pago más recientes
- (D) ☐ Verificación de ingresos por escrito de un empleador si se le paga en efectivo
- (E) ☐ Otra forma razonable de verificación de ingresos de terceros que se considera aceptable para el hospital
- [Proporcione lo siguiente, si corresponde]
- ☐ [W2 reciente por ingresos de temporada] ☐ [Beneficio de desempleo/Seguro Social] ☐ [Ingresos por manutención de hijos/pensión alimenticia]
- ☐ [Sin ingresos: complete la sección de Carta de apoyo financiero de la solicitud]

Información del paciente			
[Nombre del Paciente]		[Fecha de Nacimiento]	
[Número de Seguro Social/EIN (opcional)]	[Teléfono celular]	[Otro teléfono]	
[Dirección postal]	[Ciudad]	[Estado]	[Código postal]
[Dirección de correo electrónico]	[¿De qué estado es usted residente?]		
[Estado civil (opcional)] ☐ [Soltero/a] ☐ [Casado/a] ☐ [Divorciado/a] ☐ [Otro] _____			
[¿Presenta una declaración de impuestos federal?] ☐ [Sí] ☐ [No] [Si no, ¿por qué?]		[¿Puede usted ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?] ☐ [Sí] ☐ [No]	
[¿Tuvo usted o sus dependientes cobertura de seguro médico en el momento del servicio?] ☐ Sí ☐ No [(Proporcione copia de la tarjeta del seguro)]			
[Miembros del hogar, incluyéndole a usted, según sus declaraciones de impuestos recientes]	[Fecha de nacimiento]	[Parentesco con el paciente]	[Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No)]

[Gastos Mensuales: Enumere los gastos mensuales del hogar]

☐ Alquiler o hipoteca	☐ Servicios públicos
☐ Comida	☐ Manutención de hijos/Pensión alimenticia
☐ Transporte	☐ Pago del automóvil
☐ Cuidado de niños/Cuidado de dependientes	☐ Otro

Gasto mensual total: _____

[Verificación de ingresos para todos los miembros del hogar]

[Fuente de ingresos mensual]	[¿Quién los recibe?]	[Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)]	[Fuente de ingresos mensual]	[¿Quién los recibe?]	[Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)]
[Seguro Social/Discapacidad]			[Compensación para trabajadores]		
[Pensión]			[Desempleo]		
[Trabajo por cuenta propia]			[Manutención de hijos/Pensión alimenticia]		
[Asistencia Pública]			[Ingresos por alquiler de terrenos]		
[Otro]					

[Carta de apoyo financiero - Solo debe ser completada por la persona que brinda el apoyo]

- ☐ [Proporciono más del 50 % de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.]
- ☐ Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que no seré responsable de ninguna manera por las facturas del paciente. Si tiene preguntas, por favor contácteme al _____ (Número de teléfono)

[Nombre de la persona que brinda apoyo]	[Parentesco con el paciente]
[Firma de la persona que brinda apoyo]	[Fecha]

[VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN]

[Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado puede ser revocada, y seré responsable del pago de la factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio proporcionado en las afiliadas de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo falsas pretensiones].

[Firma del Paciente]: _____

[Fecha]: _____

[O firma del tutor legal (Si aplica)]: _____

[Fecha]: _____

[Relación con el paciente]: _____

[Fecha]: _____

[Envíe su solicitud por correo a la dirección indicada arriba, por fax al 312-871-3350 y/o cargue los documentos a través de MyChart (Portal del Paciente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 866-404-9382 de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. ET.]

Las inquietudes o quejas sobre el proceso de solicitud de asistencia financiera o el descuento para personas sin seguro pueden ser reportadas a la Oficina de Asuntos de Salud del Procurador General de Illinois al 1-877-305-5145/ <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>