



Solicitud de atención médica caritativa y asistencia para el transporte y la vivienda de Chicago

Los Shriners Hospitals for Children están dedicados a proporcionar atención médica a niños con trastornos neuromusculares, lesiones causadas por quemaduras y otras necesidades médicas especiales sin tener en cuenta la capacidad de pago de los pacientes, sus familiares o sus tutores. Le pedimos su ayuda para cumplir con nuestras responsabilidades financieras, de modo que podamos documentar con exactitud los datos de los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención médica caritativa y asistencia para el transporte.

Importante: USTED PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a que Shriners Hospitals for Children determine si usted puede recibir servicios de atención gratuita o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Por favor envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos como Medicaid. No se requiere proporcionar un número de Seguro Social pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para cualquier programa público.

Complete este formulario y envíelo al hospital personalmente, por correo, correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de alta o de recepción de atención ambulatoria.

Por favor, responda todas las preguntas.

Si la última solicitud financiera en cuanto al derecho de recibir tales servicios tiene más de 12 meses de antigüedad o si la situación financiera en el hogar cambió, es posible que la necesidad de atención médica caritativa y la asistencia para el transporte y la vivienda sean reevaluadas en cada prestación de servicio subsecuente.

Nombre del niño(a) _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____

Sexo Masculino/Femenino (marque con un círculo)

Dirección postal del niño(a) _____ **Ciudad/Estado/Código postal** _____

Número de Seguridad Social ----- _____

Información del Padre/Madre/Tutor

Nombre _____ **Relación con el niño(a)** _____

Dirección postal _____ **Ciudad/Estado/Código postal** _____

Número de Seguridad Social ----- _____ **Número telefónico principal** (____) _____

| |
|---|
| FOR HOSPITAL USE ONLY: MR # or FIN # _____ |
|---|



Número total de miembros dependientes de la familia que viven en el hogar (inclúyase también usted) _____

Número de niños (edad de 0 a 21 años de edad), incluidos en el número anterior, que viven en el hogar _____

Solicitud de Medicaid

Marque las casillas que correspondan más abajo: Adjunte copias de las notificaciones de Medicaid, más todos los adjuntos a dichas notificaciones.

Yo/Nosotros •he(mos) •no he(mos) solicitado la cobertura de estos servicios a Medicaid. Explique la razón _____

Yo/Nosotros •he(mos) •no he(mos) sido rechazado(s) por Medicaid. Razón del rechazo (por favor incluya una copia) _____

Yo/Nosotros •/he(mos) •no he(mos) sido rechazado(s) por el Programa del seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) _____

Yo recibí/nosotros recibimos una aprobación de Medicaid, pero con un gasto mensual de responsabilidad económica del paciente (spenddown) de \$ _____

Si alguna de las circunstancias siguientes corresponde, marque la casilla y proporcione la documentación:

- Programas solventados por el estado para medicamentos con receta;
- Desamparado o recibió asistencia de una clínica para personas desamparadas;
- Participación en programas para la Mujer, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC);
- Derecho a recibir cupones para la compra de alimentos (food stamps);
- Derecho a participar en el programa de almuerzos gratis/de precio reducido/ o con descuento en la escuela;
- Derecho a participar en otros programas de asistencia locales o estatales no financiados (por ejemplo, responsabilidad económica del paciente de Medicaid);
- Como dirección postal válida se proporciona la de una vivienda subvencionada/de bajos ingresos; y
- Padre/madre fallecido/a sin herencia conocida.

Tenga en cuenta que si el paciente cumple con los criterios de presunta elegibilidad como son definidos por los reglamentos de Illinois o debido a los ingresos de la familia del paciente, no se requiere que el mismo proporcione información mensual o cifras estimadas de sus gastos.

Ingresos del hogar (mensual)

Salarios

a) **Salarios totales del paciente/persona responsable** _____
(adjunte una copia del talón del cheque de pago)

| |
|---|
| <p>FOR HOSPITAL USE ONLY:</p> <p>MR # or FIN # _____</p> |
|---|



- b) Nombre del empleador _____
- c) Dirección del empleador _____
- d) Nombre del cónyuge _____
- e) Salario total del cónyuge _____ (adjunte una copia del talón del cheque de pago)
- f) Nombre del empleador del cónyuge _____
- g) Dirección del empleador _____

Otro ingreso

- a) Pagos por discapacidad _____
- b) Pensión por alimentos/Manutención de menores _____
- c) Beneficios jubilatorios _____
- d) Ingresos de inversiones _____
- e) Compensación de desempleo _____
- f) Otro _____

Reconozco que he realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida por esta solicitud para asistir al hospital a determinar si el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera. Certifico que, a mi mejor saber y entender, la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local a la cual pueda tener derecho para ayudar a pagar esta factura de hospital. Comprendo que la información provista puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si proporciono a sabiendas información incorrecta en esta solicitud, no tendré derecho a recibir asistencia financiera, se puede revertir cualquier asistencia financiera que haya recibido y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Por la presente afirmo que todas las declaraciones hechas anteriormente son correctas y completas y doy mi consentimiento para que Shriners Hospitals for Children o sus representantes continúen con verificaciones adicionales.

El cumplimiento o las inquietudes con respecto al proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois.

El sitio web y el número de teléfono son: <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> o llamar al 1-877-305-5145.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Antes de enviar su solicitud asegúrese de haber adjuntado toda la información sobre ingresos solicitada.

| |
|---|
| <p>FOR HOSPITAL USE ONLY:</p> <p>MR # or FIN # _____</p> |
|---|



Shriners Hospitals
for Children®

Las solicitudes incompletas o fraudulentas serán denegadas.

- Estados de cuenta de salarios/ingresos de los últimos 90 días
- La declaración de impuestos completa del último año
- Copia de las notificación de denegación del seguro/Medicaid
- Notificaciones de las resoluciones de seguridad social

FOR HOSPITAL USE ONLY:

MR # or FIN # _____