

Memorial Hospital y afiliadas, PO Box 160, Carthage, IL 62321, (217)357-6591

Solicitud de determinación de elegibilidad para asistencia financiera

Importante: USTED PODRÍA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Al completar esta solicitud ayudará al Memorial Hospital a determinar si le corresponde recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que lo ayuden a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al Departamento de Cuentas de Pacientes del hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE LE PEDIRÁ UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, el número del seguro social es requisito para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Si bien no es obligatorio proporcionar un número de seguro social, hacerlo ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Solicitante						
	Nombre	Segundo nombre	Apellido			
Domicilio						
	Calle/Casilla de correo	Ciudad	Estado/Código postal			
Empleador	Teléfono de la casa	Número del seguro social				
Familiares o residentes del hogar actual	Nombre	FDN	Relación	Nombre	FDN	Relación
			Solicitante			

Los pacientes pueden ser elegibles para obtener asistencia financiera como elegibilidad presunta sin necesidad de que se realice una evaluación adicional. Responda las siguientes preguntas para determinar si es posible la elegibilidad presuntiva.

1. ¿Se trata de un paciente que estuvo involucrado en un accidente? **SÍ** o **NO**
2. ¿Se trata de un paciente que es víctima de un acto criminal y que en la actualidad está recibiendo algún tipo de tratamiento por este motivo? **SÍ** o **NO**
3. ¿Se trata de un paciente actualmente es beneficiario de alguno de los siguientes programas estatales o federales, como cupones de alimentos, almuerzos gratuitos, WIC, asistencia energética, etc.? **SÍ** o **NO**

Si es posible, proporcione copias de uno o más de los siguientes documentos junto con su solicitud para la verificación de ingresos.

Formulario W-2 más reciente, últimos tres talones de cheque de pago/desempleo, declaración de impuestos más recientemente presentada, formulario 1099-R, formulario SSA-1099, carta de seguro social, comprobantes de ingresos por discapacidad, ingresos/gastos por trabajo por cuenta propia y/o cualquier otro ingreso del hogar. Incluya a todas las personas dentro de su hogar que estén relacionadas con los ingresos.

Revise la información y firme al pie

Certifico que he proporcionado toda la información consignada de buena fe según se pide en la solicitud, con el fin de ayudar al hospital a determinar si soy elegible para recibir asistencia financiera. Asimismo, certifico que, a mi leal saber y entender, la información vertida en la presente es verdadera y correcta. Solicitaré toda asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible con el fin de contribuir a pagar esta factura hospitalaria.

Estoy al tanto de que es posible que el hospital verifique los datos proporcionados, y autorizo a dicho establecimiento a comunicarse con terceros con el fin de constatar la exactitud de aquellos. Acepto que, de proporcionar información falsa en esta solicitud a sabiendas, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado puede ser revocada y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Fecha

Firma del responsable

Fecha de ingreso a los Estados Unidos

Primer día de trabajo en los Estados Unidos

Fecha de recepción

Empleado de Memorial Hospital