

Asistencia económica

CUENTA #:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Es posible que reúna los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia económica en virtud de los términos y condiciones que el hospital ofrece a determinados pacientes.

Si no está asegurado:

Adventist Midwest Health ofrece a todos los pacientes **no asegurados** un 65% de descuento de los cargos totales. Si usted paga hoy, o dentro de 5 días a partir de la fecha del servicio, se aplicará a su cuenta un descuento adicional por pronto pago del 20% en el saldo remanente, con lo cual el descuento total será del 72% de los cargos totales.

Los pacientes que no puedan pagar los servicios prestados, aun con estos descuentos, podrán ser tenidos en cuenta para uno de nuestros programas de asistencia económica. Si desea que se le tengamos en cuenta para recibir asistencia económica adicional, además de los descuentos establecidos anteriormente, escriba una "X" en el renglón correspondiente a continuación y llene la Solicitud de asistencia económica que aparece al dorso de este formulario.

En caso de que se identifique la existencia de beneficios de seguro en relación con su servicio hospitalario, el presente acuerdo será nulo y, además se le retirará cualquier descuento que se le haya ofrecido.

Si usted está asegurado o posee Medicare:

Los pacientes que no puedan pagar las cantidades de sus deducibles y/o copagos/coseguros podrán ser considerados para uno de nuestros programas de asistencia económica. Si desea que se le tenga en cuenta para asistencia económica, escriba una "X" en el renglón correspondiente a continuación y llene la Solicitud de asistencia económica que aparece al dorso de este formulario.

Los descuentos antes mencionados abarcan los **cargos del hospital ÚNICAMENTE**. Los honorarios de los médicos o de otros profesionales médicos que le brinden servicio(s) durante el transcurso de su visita se facturarán por separado.

___ **Sí, necesito Asistencia económica**

___ **No necesito Asistencia económica**

Firma del paciente/garante / Relación

Testigo

En letra de imprenta

En letra de imprenta

Fecha

Fecha



**Adventist
Midwest Health**

Un Miembro de Adventist Health System

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

¿PREGUNTAS? Llame al (630) 856-8400

Adventist Hinsdale Hospital • Adventist La Grange Memorial Hospital • Adventist GlenOaks Hospital

Se otorgará asistencia de beneficencia o económica a aquellos pacientes hospitalizados que reúnan los requisitos necesarios y que envíen esta solicitud llena a la dirección que aparece a continuación a la derecha. Los solicitantes recibirán la resolución una vez que hayan transcurrido 30 días a partir de la fecha de recepción de sus documentos.

Envíe esta solicitud llena a:
Adventist Midwest Health
Departamento de Asistencia Económica
P. O. Box 9246
Oak Brook, IL 60522
o envíela vía fax al (630) 312-7981

La solicitud es solo para pagar los cargos del hospital y no cubre los honorarios de los médicos.

Cuenta Número

Apellido, Nombre del paciente		Número de seguro social		Fecha de nacimiento	Edad
Nombre del padre, si el paciente es menor de edad		Número de seguro social del padre		Fecha de nacimiento	
Domicilio del paciente					
¿Está usted, o estará usted, incapacitado por un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
¿Es usted ciego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
Cantidad de hijos menores de 18 años <input type="text"/>					
Número de integrantes de la familia	\$ *Ingreso anual del grupo familiar durante los últimos 12 meses	Teléfono de casa		Número de celular (opcional)	

***Se requiere una constancia de ingresos (declaración de impuestos 1040) para deudas de \$20,000 o más. Se podrá requerir una constancia de ingresos para deudas inferiores a los \$20,000.**

Lea antes de firmar. CERTIFICO que la información que he proporcionado es a mi juicio fiel y verdadera. Solicitaré CUALQUIERA y TODA LA ASISTENCIA que pudiese estar disponible por medio de los recursos del gobierno federal, estatal, local y privados, con el fin de poder pagar la cuenta de este hospital y tomaré todas las medidas necesarias para obtener asistencia de las fuentes arriba mencionadas. Entiendo que si no coopero con el hospital durante 45 días a partir de la fecha de servicio en la provisión de CUALQUIER información adicional que se me pida, mi solicitud podría ser rechazada para la posible obtención de asistencia económica. Por medio de la presente otorgo mi permiso y autorizo a todo agente acreditado del Departamento de Servicios Humanos de IL para revelar al hospital TODA la información relativa al estado de mi solicitud de Medicaid y, si la solicitud no es aprobada, la razón de su rechazo. ASIGNARÉ AL HOSPITAL TODOS LOS FONDOS recibidos de las fuentes arriba mencionadas con el fin de contribuir al pago de la CUENTA DEL HOSPITAL.

Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación del HOSPITAL, incluyendo agencias de información crediticia, y que está sujeta a una revisión por parte de AGENCIAS FEDERALES y/o ESTATALES y otras, según se requiera. Entiendo que esta solicitud abarca los cargos del hospital y no los honorarios del médico. Entiendo que si puede comprobarse que cualquier información que haya proporcionado es falsa, el HOSPITAL reconsiderará mi situación económica y tomará las medidas que sean necesarias.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

Solicitud de asistencia económica PFS 01/11/06
Revisado 07/17/06
Revisado 08/24/06
Revisado 06/26/2007 -TG
Revisado 01/03/2008 ABH
Revised 1.2012