

## **Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera**

Comprendemos que los gastos médicos con frecuencia no se planifican y en casos de dificultad económica ayudamos a nuestros pacientes a explorar los recursos disponibles para resolver el pago de sus facturas médicas. Northwestern Lake Forest Hospital asegura que todos los pacientes reciban atención de alta calidad independientemente de la capacidad de pago de cada persona.

Northwestern Lake Forest Hospital ofrece una variedad de programas de asistencia financiera para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes asegurados y no asegurados. Los programas de asistencia financiera incluyen atención gratuita, atención con descuento y planes de pagos extendidos. Si fuese aprobado, este programa cubre servicios médicamente necesarios proporcionados por Northwestern Lake Forest Hospital y nuestros médicos de la Sala de Emergencia. No es aplicable a ninguno de los otros gastos en los que pueda incurrir un paciente. Para ayudarnos a determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, por favor **llene, firme y envíe** esta solicitud junto con copias de cualesquiera de los siguientes documentos de apoyo que tenga, incluyendo:

- Licencia de conducir u otro documento de identidad emitido por el estado
- Su declaración del impuesto sobre la renta más reciente, anexos y W2

### **Si no ha presentado una declaración de impuesto, sírvase proporcionarnos lo siguiente:**

- Sus tres más recientes matrices de cheques de paga u otra prueba de ingreso
- Carta de concesión de beneficios del Seguro Social (ingreso o discapacidad)
- Carta(s) de concesión de beneficios financieros para cualquier préstamo o subvención para estudios
- Carta de concesión de beneficios de subvención por desempleo

Sírvase enviar la solicitud y los documentos de apoyo a:

Northwestern Lake Forest Hospital  
Patient Financial Services  
660 N. Westmoreland Road  
Lake Forest, Illinois 60045-1659

Una vez recibida su solicitud, se hará una determinación y se le enviará una respuesta por escrito dentro del término de treinta (30) días a partir de la fecha en que se reciba su paquete de solicitud, con la solicitud llena. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud, sírvase llamarnos al 847-535-6100.

**Solicitud para e Programa de Asistencia Financiera**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Tamaño de la familia:** \_\_\_\_\_  
**Ingreso anual del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Ingreso anual del cónyuge o N/A:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE O DEL GARANTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_  
**Dirección permanente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono domiciliar:** (        ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** (        ) \_\_\_\_\_

**¿Está empleado actualmente?** Sí  No   Tiempo completo  Tiempo parcial

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Dirección permanente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (        ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si no tiene empleo, ¿ha estado empleado usted (o su cónyuge) en los últimos 6 meses?  
Sí  No

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**¿Recibió servicios en la Sala de Emergencia?** Sí  No

**¿Es usted desamparado (sin hogar/techo)?** Sí  No

**ACTIVOS**

**1. ¿Es usted dueño  inquilino  de su residencia principal? ¿Cuánto paga mensualmente?** \_\_\_\_\_

Si es dueño, ¿cuál es el actual valor de mercado aproximado de su propiedad?:

**2. ¿Es dueño de bienes inmuebles?** Sí  No  Si su respuesta es "sí", ¿cuál es el valor de mercado?

**3. ¿Es dueño de un automóvil?** Sí  No  Si su respuesta es "sí", ¿cuál es el valor de mercado?

**4. ¿Tiene cuenta(s) bancaria(s) o de corretaje/inversión?** Sí  No

Si su respuesta es "sí", nombre(s) del/de los banco(s)/corredor(es):

Saldo total de la(s) cuenta(s): \_\_\_\_\_

**5. ¿Es dueño de algunos de los siguientes activos? (marque todos los aplicables)**

Acciones/bonos      valor actual: \_\_\_\_\_

- Certificados de depósito \_\_\_\_\_ valor actual:
- Otros activos            valor actual: \_\_\_\_\_

**Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera**

**OTRO SEGURO**

**1. ¿Está cubierto por cualquier póliza de seguro de salud, incluyendo cobertura en el extranjero, Medicaid y Medicare?**

Sí  No

Si su respuesta es "sí", sírvase proporcionar la siguiente información:

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

**2. ¿Es usted estudiante de un colegio universitario? Sí  No**

Si su respuesta es "sí":  Tiempo completo  Tiempo parcial Nombre del colegio/centro de estudios: \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de cuidado de la salud a través de seguro de estudiante? Sí   
No

Si su respuesta es "sí", sírvase proporcionar:

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

*Sírvase incluir la declaración federal del impuesto sobre la renta más reciente de sus padres, anexos y W2*

**3. ¿Tiene usted actualmente aprobación para recibir Atención Gratuita o con Descuento en otro hospital o centro de salud comunitario?**

Sí  No  Si su respuesta es "sí", ¿adónde? \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Por este medio autorizo la divulgación de la información contenida en esta solicitud a Northwestern Lake Forest Hospital (NLFH) para determinar mi estatus respecto de los requisitos necesarios para varios programas de asistencia financiera de acuerdo con las políticas y procedimientos de cada entidad. Autorizo a NLFH a verificar esta información si fuese necesario, lo cual podría incluir, entre otras cosas, obtener un informe de una agencia de información de crédito, verificación de empleo y/o ingresos y los documentos de apoyo correspondientes.

Toda la información y la documentación de ingresos proporcionadas por mí en y con respecto a esta solicitud son verdaderas, precisas y completas como se muestra. Si se llegara a determinar en cualquier momento que la información proporcionada por mí es falsa y/o imprecisa, todas las concesiones de subvención de Atención Gratuita serán revisadas y yo aceptaré la responsabilidad del pago total e inmediato de todos y cada uno de los saldos pendientes.

También acuerdo aceptar la responsabilidad del pago de cualquier cantidad adeudada después de la concesión de cualquier subvención de Atención Gratuita parcial.

Firma del Paciente/Garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_