

INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE (cónyuge; pareja; padres o tutor del paciente)		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿El cosolicitante tiene actualmente empleo? En caso afirmativo, incluya toda la información sobre su empleo. Puede dar información adicional al reverso de este formulario.		
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		N.º de teléfono del empleador:
Ciudad del empleador:	Estado del empleador:	Código postal del empleador:

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA/GRUPO FAMILIAR	
Cantidad de integrantes del grupo familiar del paciente/solicitante:	
Cantidad de personas que son dependientes del paciente/solicitante:	
Edades de los dependientes del paciente/solicitante:	

INGRESOS BRUTOS FAMILIARES MENSUALES; indique todos los ingresos del grupo familiar. Puede dar información adicional al reverso de este formulario. Marque todas las opciones que correspondan e incluya los montos brutos, antes de la deducción de impuestos.	
<input type="checkbox"/> Salarios	\$
<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	\$
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Social por discapacidad	\$
<input type="checkbox"/> Pensión de veterano	\$
<input type="checkbox"/> Discapacidad de veteranos	\$
<input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad	\$
<input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores	\$
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	\$
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$
<input type="checkbox"/> Manutención infantil, pensión alimentaria, manutención conyugal	\$
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$
INGRESOS BRUTOS FAMILIARES MENSUALES	\$
Menos los pagos hechos por manutención infantil	\$
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS FAMILIARES POR MES	\$

Certificación:

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia local, estatal o federal para la cual sea elegible a los efectos de pagar esta factura hospitalaria. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud podría ser verificada por el hospital y le doy a este último mi autorización para que se comunice con terceros a los efectos de confirmar la exactitud de dicha información. Entiendo que, si proporciono información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para obtener asistencia financiera, se anulará toda asistencia financiera que se me haya otorgado y seré responsable de pagar la factura hospitalaria.

<u>Firma del solicitante o paciente</u>	<u>Fecha</u>

Si va a hacer la presentación por correo postal, envíe la solicitud y la documentación a Riverside Medical Center, Attention:

ERD Cashier, 350 N. Wall St., Kankakee, IL 60901.

Si va a hacer la presentación por fax, envíe su solicitud y la documentación llamando al (815) 935-7490.

Si va a hacer la presentación por vía electrónica, envíe su solicitud y documentación a CustomerService@RiversideHealthCare.net.

También puede presentar su solicitud en cualquier oficina de Riverside Healthcare.

Gracias por haber elegido a Riverside Healthcare para cubrir sus necesidades médicas.

750942SP (8/24)

RIVERSIDE HEALTHCARE

Solicitud y resumen de asistencia financiera



riversidehealthcare.org



La misión de Riverside Healthcare es ofrecer una excelente experiencia de atención médica a todas las personas, independientemente de su situación personal o económica. Riverside tiene el compromiso de ofrecer asistencia a aquellas personas con necesidades médicas que no tienen seguro médico, tienen seguro insuficiente, son inelegibles para participar en un programa gubernamental o no pueden pagar los cuidados médicos necesarios, debido a su situación financiera personal.



350 North Wall Street
Kankakee, IL 60901
riversidehealthcare.org
Teléfono: (815) 935-7539
Fax: (815) 935-7490

OPCIONES DE PLANES DE PAGO

Riverside Healthcare ofrece las siguientes opciones a aquellos pacientes que no pueden pagar la totalidad de los gastos de bolsillo:

- Planes de pago razonables disponibles para todos los pacientes;
- Descuentos por pagos por cuenta propia en servicios de hospital para pacientes que no tienen seguro médico (descuento automático del 73% sobre el total de los cargos brutos), sin necesidad de presentar una solicitud;
- Descuentos por pagos puntuales por cuenta propia en servicios de médicos para pacientes que no tienen seguro médico, (descuento automático del 50% sobre el total de los cargos brutos), sin necesidad de presentar una solicitud;
- Asistencia financiera, como tarifas con descuento o atención médica gratuita, según la cantidad de integrantes y los ingresos del grupo familiar, para lo cual es necesario hacer una solicitud y verificación de ingresos.

Nota: La asistencia financiera no se hace en reemplazo de la responsabilidad personal de cada paciente. Se espera que los pacientes colaboren en los procedimientos de Riverside Healthcare a la hora de recibir beneficencia u obtener otros métodos de pago o asistencia financiera. Asimismo, se espera que cubran el costo de su atención médica de acuerdo con su capacidad de solvencia individual. Se recomienda que las personas que tengan la solvencia financiera para adquirir seguro médico hagan lo posible para adquirirlo, como medio para acceder a los servicios de atención médica, para su salud personal en general y para la protección de sus bienes personales.

Si corresponde, es posible que se solicite a los pacientes:

- una copia de la declaración de impuestos más reciente de su familia;
- extractos bancarios actuales (cuenta corriente y caja de ahorros);
- comprobante de ingresos del paciente y su cónyuge, en caso de estar casado (los 2 recibos de sueldo más recientes);
- declaraciones del Seguro Social o recibo de pagos por desempleo;
- tarjeta vigente de Medicaid o LINK;
- Nota: Los pacientes que indiquen que no tienen ingresos deben proporcionar información sobre cómo se mantienen;
- Puede incluir los servicios de atención médica recibidos en Riverside durante los últimos 12 meses, según corresponda, para la cantidad máxima a cobrar.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Se evaluará la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera en caso de que no tenga seguro médico, tenga seguro insuficiente, no sea elegible para participar en un plan gubernamental de beneficios de atención médica y no pueda pagar su atención médica. Esto se evaluará de acuerdo con una determinación de necesidad financiera conforme a esta Política. El otorgamiento de asistencia financiera se determinará en forma individualizada de acuerdo con las necesidades financieras de cada persona, y no se tendrá en cuenta su edad, sexo, raza, condición social o estatus migratorio, orientación sexual ni afiliación religiosa. A los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará más que los montos de atención médica generalmente facturados por el hospital a los pacientes de Medicare.

PAUTAS DE ASISTENCIA FINANCIERA Y DESCUENTOS PARA PACIENTES ELEGIBLES

Las pautas de asistencia financiera y los descuentos para pacientes elegibles se basan en una escala proporcional. El porcentaje de descuentos para los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad se basa en los cálculos del Nivel Federal de Pobreza actualizado y publicado anualmente por el United States Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos). Por ejemplo, para que una familia de 4 integrantes sea elegible, esta debe tener ingresos anuales inferiores a \$31,200. Estas pautas están disponibles en www.medicaid.gov, ingresando las palabras claves "poverty guidelines" (pautas de pobreza). Se debe completar una solicitud de asistencia financiera disponible en nuestro sitio web riversidehealthcare.org o en las siguientes páginas de este folleto informativo.

AVISO: Riverside Healthcare acata las leyes federales pertinentes en materia de derechos civiles y no discrimina a ninguna persona por su raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo. If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 1-815-933-1671 (TTY: 1-815-935-3323).

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-815-933-1671 (TTY: 1-815-935-3323).

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Para obtener más información sobre la asistencia financiera:

Comuníquese con Atención al Cliente llamando al (815) 935-7539. Hay representantes disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. riversidehealthcare.org

Solicitud para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO: Si completa esta solicitud, ayudará a Riverside Medical Center a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o bien otros programas públicos que lo puedan ayudar a pagar su atención médica. Presente esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO ES NECESARIO QUE PROPORCIONE EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, para algunos programas públicos, como Medicaid, es necesario proporcionar el número del Seguro Social. No es necesario proporcionar el número del Seguro Social, sin embargo, este ayuda al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para participar en programas públicos.

Complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax, con el fin de solicitar atención médica gratuita o con descuento en un plazo de 60 días posteriores a la fecha del alta o a la fecha en que recibió servicios como paciente ambulatorio.

Dé la documentación que se describe abajo. No hacerlo puede resultar en un retraso o denegación de su solicitud. Si no puede dar la documentación, dé una carta explicativa. Los beneficiarios elegibles de Medicaid no están obligados o completar la solicitud.

Si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes (Patient Financial Department) de Riverside llamando al 815.935.7539.

Las quejas o preocupaciones sobre el proceso de solicitud de descuentos para pacientes sin seguro o sobre el proceso de asistencia económica del hospital se pueden informar a la Oficina de Atención Médica (Health Care Bureau) del Procurador General de Illinois. Puede obtener más información visitando IllinoisAttorneyGeneral.com o llamando al 877.305.5145.

INGRESOS BRUTOS FAMILIARES MENSUALES – DOCUMENTACIÓN

Si el paciente **no tiene seguro médico**, solo es necesario uno de los siguientes elementos para verificar sus ingresos:

- Una copia de la declaración de impuestos federal más reciente del paciente o, si el paciente es menor de edad, de su padre, madre o tutor;
- Una copia de los recibos de sueldo más recientes

Si el paciente **tiene seguro médico**, es necesario entregar la siguiente información:

- Una copia de la declaración de impuestos federal más reciente del paciente o, si el paciente es menor de edad, de su padre, madre o tutor;
- extractos bancarios actuales (cuenta corriente y caja de ahorros);
- Una copia de los recibos de sueldo más recientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SOLICITANTE) (se ruega escribir toda la información en letra de imprenta)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		Fecha de nacimiento:
Número del Seguro Social (no es necesario si no tiene seguro médico):		
¿El solicitante tiene actualmente empleo? En caso afirmativo, incluya toda la información sobre su empleo. Puede dar información adicional al reverso de este formulario.		
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		N.º de teléfono del empleador:
Ciudad del empleador:	Estado del empleador:	Código postal del empleador:
1. ¿El paciente era residente de Illinois cuando se prestaron los servicios?	SÍ	NO
2. ¿Este servicio se prestó como resultado de un supuesto accidente?	SÍ	NO
3. ¿Este servicio se prestó como resultado de un supuesto delito?	SÍ	NO