

Solicitud para determinar elegibilidad para recibir ayuda financiera

Importante: POSIBLEMENTE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO: Llenar esta solicitud ayudará a Riverside Medical Center a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Entregue esta solicitud al hospital.

SI ESTÁ SIN COBERTURA DE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR Y RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE MANERA GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un Número del Seguro Social para algunos programas públicos, incluso Medicaid. Proporcionar un Número del Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si califica para cualquiera de los programas públicos.

Llene este formulario y entréguelo en el hospital personalmente, por correo, correo electrónico o fax para presentar una solicitud de atención médica gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha del alta o después de recibir atención médica como paciente ambulatorio.

Dé la documentación que se describe abajo. No hacerlo puede resultar en un retraso o denegación de su solicitud. documentación, dé una carta explicativa. Los beneficiarios elegibles de Medicaid no están obligados a 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)				(Escriba toda la información en letra de molde)	
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 obligatorio, si está sin cobertura de seguro médico):					
¿Tiene trabajo actualmente el solicitante? Si es así, proporcione toda la información acerca del empleo. La información adicional se puede proporcionar en el lado opuesto de este formulario.					
Nombre del empleador:					
Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:		
Ciudad del empleador:		Estado del empleador:	Código postal del empleador:		
1. ¿Era el paciente un residente de Illinois cuando recibió los servicios?				SÍ	NO
2. ¿Se prestó este servicio como resultado de un presunto accidente?				SÍ	NO
3. ¿Se prestó este servicio como resultado de un presunto delito?				SÍ	NO

INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (cónyuge; pareja; padre o tutor legal del paciente)					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre	
Dirección:			Teléfono:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:		
¿Tiene trabajo actualmente el co-solicitante? Si es así, proporcione toda la información acerca del empleo. La información adicional se puede proporcionar en el lado opuesto de este formulario.					
Nombre del empleador:					
Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:		
Ciudad del empleador:		Estado del empleador:	Código postal del empleador:		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/GRUPO FAMILIAR	
Número de personas en el grupo familiar del paciente/solicitante:	
Número de personas que son dependientes del paciente/solicitante:	
Edades de los dependientes del paciente/solicitante:	

INGRESOS BRUTOS FAMILIARES POR MES; escriba una lista de todos los ingresos para el grupo familiar. La información adicional se puede proporcionar en el lado opuesto de este formulario. Marque todo lo que corresponde y anote las cantidades brutas, antes de calcular los impuestos.

<input type="checkbox"/> Salarios	\$
<input type="checkbox"/> Empleo independiente	\$
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$
<input type="checkbox"/> Discapacidad con cobertura del Seguro	\$
<input type="checkbox"/> Pensión de veterano	\$
<input type="checkbox"/> Discapacidad de veterano	\$
<input type="checkbox"/> Plan privado por discapacidad	\$
<input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores	\$
<input type="checkbox"/> Ayuda temporal para familias necesitadas	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación	\$
<input type="checkbox"/> Manutención de menores, pensión	\$
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$
INGRESOS BRUTOS FAMILIARES POR MES	\$
Menos pagos realizados por manutención de menores	\$
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS FAMILIARES POR MES	\$

CERTIFICACIÓN:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Presentaré una solicitud de ayuda estatal, federal o local para la que puedo ser elegible, con el fin de ayudarme a pagar esta factura del hospital. Comprendo que la información proporcionada la puede verificar el hospital y lo autorizo para que se comunique con terceros y verifique la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, no podré recibir la ayuda financiera. Ninguna ayuda financiera que me otorguen se puede revertir y seré responsable de pagar la factura del hospital.

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

Si devuelve la información por correo, envíe su solicitud y documentación por correo a Riverside Medical Center, Attention: Cashier, 350 N Wall St, Kankakee IL 60901.

Si la devuelve por fax, envíe su solicitud y documentación por fax al 1.815.935.7490.

Si la devuelve de manera electrónica, envíe su solicitud y documentación por correo electrónico a CustomerService@RiversideHealthCare.net.

También puede devolver su solicitud en cualquier sucursal de Riverside Medical Center.

Gracias por elegir a Riverside Medical Center para recibir atención médica.