

## Solicitud para Asistencia Financiera



El Hospital Northwest Community (NCH) en su compromiso de servir a la comunidad, presta servicios gratuitos o a bajo costo a personas de pocos recursos, que no tienen cobertura medica y que no tienen derecho a programas estatales. Las personas que requieren servicios que se consideren necesarios para los cuidados de salud, podrían tener derecho a servicios gratuitos o descontados, si cumplen con criterios ya establecidos.

La solicitud debe entregarse dentro de los primeros 60 días, contados a partir de la fecha del servicio. La aprobación dependerá de que el solicitante cumpla con las gestiones para obtener ya sea la ayuda pública o cubrimiento de seguros médicos por terceros si tiene derecho a ello.

**Número de cuenta(s) del paciente:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Tel de casa#: \_\_\_\_\_

Tel Celular #: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Postal

Estado Civil – Marque (✓) uno:  Casado  Divorciado  Separado  Soltero/Viudo

Fecha de : \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_

Nacimiento

**Lista de Dependientes:**

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

(Si hay mas de cinco dependientes, añada la información en otra hoja de papel.)

**Empleo:**

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Postal

Tiempo en el Empleo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Salario Semanal Actual (sin deducciones): \_\_\_\_\_

¿Es Ud. elegible para recibir seguro medico a través De su empleador?      Sí                       No

¿Ud. rechazó el seguro que le ofreció el empleador?      Sí                       No

Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Postal

Tiempo en el Empleo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Salario Semanal Actual (sin deducciones): \_\_\_\_\_

¿Es Ud. elegible para recibir seguro médico a través De su empleador?      Sí                       No

¿Ud. rechazó el seguro que le ofreció el empleador?      Sí                       No

**Lista de todos los ingresos familiares:**

Se define como "Ingreso Familiar" a todos los ingresos antes de descontar los impuestos, salarios, beneficencia publica, beneficios del seguro social, beneficios obtenidos debido a una huelga, beneficios por desempleo, indemnización del trabajo por accidentes o enfermedades, manutención de menores, manutención en caso de divorcio, dividendos, intereses obtenidos por declaración de un hijo en los impuestos, beneficios de veteranos de guerra, estipendios para entrenamientos, mejoras profesionales, pensión y bonificación para militares retirados, aporte económico regular de miembros de la familia que no residen con Ud., pensión gubernamental, pensión privada, seguro o pensión vitalicia, ingreso por rentas, regalías, bienes o propiedades heredadas y bienes fiduciarios.

---

---

---

**Lista de Bienes:**

Dinero en efectivo e inversiones, tales como cuentas bancarias o cuentas de ahorros cualquier otro tipo de inversión incluyendo fondos de jubilación IRA, seguros de vida, cuentas fiduciarias, propiedades raíces excepto la vivienda personal, etc.

---

---

---

**Verificación:**

Los documentos de la siguiente lista son necesarios para poder determinar si la asistencia financiera puede o no ser otorgada a su cuenta(s). Por favor presente lo siguiente:

**Se requiere mínimo uno de los documentos que estén señalados con un asterisco. Sin embargo, al presentar solo uno de estos podría limitar la asistencia financiera que se le pueda otorgar. Para los que no son residentes de Illinois, se les exige presentar todos los documentos enlistados.**

a) * Copia de la declaración de impuestos 1040 mas reciente	e) Copia de cheques del Seguro Social
b) * Formato W-2 con los anexos correspondientes	f) Copia de pagos del desempleo o incapacidad
c) * Copia de talones de cheques correspondientes a los últimos 2 meses de salario	g) Copia de los últimos(6) extractos de su cuenta bancaria
d) * Comprobante escrito por su empleador verificando ingresos pagados en efectivo	h) Copia de los últimos (6) extractos de créditos de la unión
	i) Copia de los últimos (6) extractos de cuentas de ahorros o inversiones

**No envíe originales por favor.**

***Certifico que la información proporcionada es a mi leal saber y entender verdadera y correcta.***

***Reconozco que Northwest Community Hospital se reserva el derecho a verificar toda la información, también reconozco que cualquier falsificación de la información sometida en la solicitud durante el proceso de descalificaría al paciente/garante de toda asistencia ya otorgada o que podría haber sido otorgada como resultado de la solicitud sometida.***

***Autorizo al Hospital Northwest Community y al centro de Cirugía ambulatoria para obtener un reporte de mi crédito.***

Nombre (Escriba en letra imprenta)

Relación con el Paciente (escriba en letra imprenta)

Firma

Fecha

**Nuestra Dirección es:** Northwest Community Hospital  
Patient Financial Services / Financial Counselor  
3060 Salt Creek Lane  
Arlington Heights, IL 60005  
847.618.4542