

CARTA DE PRESENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL

Northwest Community Hospital (NCH) y el Centro de Cirugía Ambulatoria II (DSC, Day Surgery Center) ofrecen una variedad de programas de ayuda financiera para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Nuestros programas solo se aplican a los cargos de NCH y DSC. Tenga en cuenta que recibirá una cuenta separada de cada profesional independiente, o grupos de profesionales, por la atención, el tratamiento o los servicios brindados. El Programa de ayuda financiera del hospital no se aplica a estos cargos.

Además de los Programas de ayuda financiera del hospital, es posible que cumpla los requisitos para los programas públicos como Medicaid, Medicare y AllKids. Es posible que deba presentar una solicitud para esos programas antes de hacerlo para un Programa de ayuda financiera del hospital. NCH y DSC ayudarán a los pacientes con los programas públicos financiados por el estado y con el proceso de inscripción.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE NECESITA UN NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA UNA ATENCIÓN GRATUITA O CON TARIFAS REDUCIDAS. Sin embargo, se necesita un número del Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número del Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará a que el hospital determine si califica para algún programa público.

USTED PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON TARIFAS REDUCIDAS: Completar esta solicitud le permitirá a NCH y a DSC determinar si puede recibir servicios gratuitos o con tarifas reducidas u otros programas públicos que puedan pagar por su atención de salud. Complete este formulario y presente esta solicitud en el hospital, en persona, por correo o fax, a fin de solicitar una atención gratuita o con tarifas reducidas dentro de los 365 días posteriores a que el hospital le entregue la primera factura por servicios de atención.

Los programas de descuento y ayuda financiera del hospital y las opciones de pago son, entre otros, los siguientes:

Programa	Disponible para:	Descripción	Cómo solicitarlo
Descuento de pago en forma individual	Pacientes sin seguro	Ofrece un descuento automático en los cargos basado en la política de pago en forma individual de NCH.	No es necesario presentar solicitud. Comuníquese con uno de nuestros especialistas de pago en forma individual al 847.618.4747 si ya recibió un estado de cuenta.
Elegibilidad presunta	Pacientes sin seguro	Modelo predictivo que incorpora criterios determinados por el gobierno que puede otorgar un descuento de un 100% por atención de beneficencia.	Si es posible, complete la solicitud para el Programa de ayuda financiera.
Ayuda financiera	Pacientes con seguro	Los saldos después de los pagos del seguro pueden recibir un descuento por atención de caridad de hasta un 100% basado en el tamaño e ingreso de la familia de acuerdo con las Pautas federales de pobreza. Los pacientes asegurados solo cumplen los requisitos para los criterios de la ayuda financiera de NCH, NO para el descuento para pacientes sin seguro de Illinois Hospital.	Complete la solicitud para el Programa de ayuda financiera.
Ayuda financiera para pacientes sin seguro	Pacientes sin seguro	Ofrece atención de beneficencia o con tarifas reducidas según el tamaño y el ingreso familiar de acuerdo con las Pautas federales de pobreza. Los pacientes sin seguro cumplen los requisitos para los criterios de la ayuda financiera de NCH y el descuento para pacientes sin seguro de Illinois Hospital.	Complete la solicitud para el Programa de ayuda financiera.
Descuento catastrófico	Pacientes sin seguro y Pacientes con seguro	Restringe los costos a su cargo cuando las deudas médicas específicas de atención médica en Northwest Community Hospital exceden el 25% del ingreso familiar bruto del paciente.	Determine si los gastos a su cargo exceden el 25% del ingreso familiar bruto. Si es así, complete la solicitud para el Programa de ayuda financiera.
Programa de plan de pago	Pacientes sin seguro y Pacientes con seguro	Ayudar a los pacientes con sus obligaciones financieras mediante el establecimiento de arreglos de pago.	No es necesario presentar solicitud. Comuníquese con uno de nuestros especialistas de pago en forma individual al 847.618.4747 si ya recibió un estado de cuenta.

Le responderemos dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud completada y de los documentos de respaldo. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda adicional, comuníquese con un asesor financiero al 847.618.4542 o visite el sitio web <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> para obtener información adicional relacionada con los programas de ayuda financiera del hospital.

Cualquier queja o inquietud con el proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o con el proceso de asistencia financiera del hospital se puede reportar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois.

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

Línea directa de Atención de Salud al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

Programa para el que presenta la solicitud:

- Ayuda financiera para pacientes sin seguro
- Ayuda financiera (saldo pendiente después del seguro)
- Descuento catastrófico
- Elegibilidad presunta

Solicitud para el Programa de ayuda financiera del hospital

NOTA: Esta solicitud aplica solo para los cargos de Northwest Community Hospital (NCH) y el Centro de Cirugía Ambulatoria (DSC). Podrían aplicarse cargos de médicos de conformidad con la política. Complete el anverso y reverso de este formulario y devuélvalo firmado con todos los documentos necesarios.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE *Si el paciente es menor de edad, indique a los padres o tutores como solicitantes.

Nombre		Teléfono particular		Celular	
Dirección particular		Ciudad		Estado	Código postal
Número del Seguro Social	Estado Civil	Fecha de nacimiento		Dirección de correo electrónico	
Raza (opcional)	Grupo étnico (opcional)	Género (opcional)		Idioma de preferencia (opcional)	

2. DEPENDIENTES O FAMILIARES ADICIONALES

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante

3. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del receptor del ingreso	Nombre y dirección del empleador	Duración del empleo y cargo

4. OTRA INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Indique todas las otras fuentes de ingresos como dividendos, intereses, beneficios del Seguro Social, indemnización por accidentes o enfermedades laborales y apoyo regular de otros familiares que no viven en su casa, pensiones del gobierno, pensiones privadas, pagos de seguros y anualidades, ingreso por alquileres, regalías, propiedades, fideicomiso y estipendios para veteranos.

Nombre del receptor del ingreso	Tipo de ingreso	Ingreso mensual
		\$
		\$
		\$
		\$

5. PAGO DE ALQUILER O HIPOTECA MENSUAL

\$ _____

**Si otra(s) persona(s) proporciona(n) el sustento principal para los gastos diarios o para habitación y comida, o no tiene un pago de hipoteca o alquiler mensual, complete el formulario de sustento principal o proporcione la documentación que demuestre que la hipoteca está pagada en su totalidad.

6. ACTIVOS

Dinero e inversiones en efectivo de disponibilidad inmediata como ahorros y saldos de cuenta corriente. Los activos no incluyen la residencia principal del solicitante, propiedad personal libre de impuestos o cualquier cantidad de dinero mantenida en un plan de jubilación o pensión. También incluye la documentación de cualquier persona indicada anteriormente como familiar o carga. Indique los activos y su valor aproximado. La documentación aceptable incluye declaraciones de instituciones financieras o cualquier otra verificación del valor de los activos por parte de terceros.

Propietario	Tipo	Valor aproximado

7. FIRMA

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y exacta. Presentaré esta solicitud para cualquier ayuda estatal, federal o local cuyos requisitos pueda reunir con el fin de ayudarme a pagar esta cuenta del hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo a que este último se comunique con terceros para verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si proporciono información falsa de forma intencional en esta solicitud, no cumpliré los requisitos para recibir ayuda financiera, cualquier ayuda brindada será revocada y seré responsable del pago de la cuenta del hospital. Informaré a NCH inmediatamente si mi situación financiera cambia.

Firma del solicitante	Fecha / /
Solicitante que no puede firmar	Fecha / /
	Relación con el solicitante

INCLUYA LO SIGUIENTE JUNTO CON SU SOLICITUD FIRMADA Y FECHADA

<input type="checkbox"/> La declaración federal de impuestos más reciente, firmada y fechada, que incluya todas las hojas suplementarias y los formularios W-2 y 1099.
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos en la que se declare al paciente como dependiente.
<input type="checkbox"/> Los 2 comprobantes de sueldo más reciente (u otra prueba de ingreso) que reflejen 30 días de pago y que indiquen los ingresos actualizados a la fecha.
<input type="checkbox"/> Estados bancarios de la cuenta corriente o de ahorros de los últimos 3 meses.
<input type="checkbox"/> Documento que verifique su residencia en Illinois (licencia de conducir, cuenta de servicios públicos reciente, contrato de arrendamiento, consulte con un asesor financiero acerca de otras formas de verificación).
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación del Seguro Social.
<input type="checkbox"/> Carta de salario del empleador si recibe sueldo en efectivo.
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación del seguro de desempleo.
<input type="checkbox"/> Formulario de sustento principal autorizado ante notario.
<input type="checkbox"/> Verificación de elegibilidad presunta (copia de tarjeta Link, vales canjeables por alimentos, programa para la mujer, el bebé y los niños [WIC, Women, Infants and Children], identificación de Acción pública para brindar refugio [PADS, Shelter], verificación de persona sin hogar; consulte con un asesor financiero para obtener más información).
<input type="checkbox"/> Formulario de verificación de trabajo independiente.
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación de pensión

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETADA JUNTO CON LA DOCUMENTACIÓN A LA DIRECCIÓN QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN. LA SOLICITUD Y LOS DOCUMENTOS DE NCH ESTÁN DISPONIBLES EN <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>

Northwest Community Hospital
Registros Médicos/Asesores Financieros
ATTN: Financial Counseling
800 West Central Road
Arlington Heights, IL 60005
Fax 847-618-4549

Le responderemos dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud completada y de los documentos de respaldo. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda adicional, comuníquese con un asesor financiero al 847.618.4542 o visite el sitio web <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> para obtener información adicional relacionada con los programas de ayuda financiera del hospital.