



5601 S. County Line Road  
Hinsdale, IL 60521  
(630) 286-4516

3435 W. Van Buren St.  
Chicago, IL 60624  
(773) 826-6300

### Formulario para la ayuda financiera

Importante: USTED PODRÍA TENER DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO: El llenar este formulario ayudará al Hospital RML Specialist (que también se conoce como RML Chicago) a determinar si usted puede recibir atención gratis o con descuento u otros programas públicos que pudieran ayudar a pagar por su atención médica. Por favor presénteles este formulario al hospital.

SI USTED NO TIENE SEGURO, NO HACE FALTA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. Sin embargo, se necesita un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo el Medicaid. El proporcionar un número de seguro social no se requiere pero ayudará al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para algún programa público.

Por favor llene este formulario y preséntelo en el hospital en persona, por correo, por correo electrónico, o por facsímil para solicitar atención gratis o con descuento dentro de los 60 días después de que se le dé de alta o de recibir atención como paciente ambulatorio.

El/la paciente acepta que ha hecho un esfuerzo de buena fe para suministrar toda la información que se solicita en el formulario para ayudar al hospital a determinar si el / la paciente reúne los requisitos para la ayuda financiera.

#### I. INFORMACIÓN SOBRE EL / LA PACIENTE

Nombre del / de la paciente:

Nombre de pila	Segundo nombre de pila	Apellido
----------------	------------------------	----------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es residente actual de Illinois?                      Sí / No

¿Fue su hospitalización el resultado de un presunto accidente?    Sí / No

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ (No se requiere si no tiene seguro)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE DEL / DE LA PACIENTE:**

Si el/la cónyuge o compañero/a es garante para el / la paciente o si uno de los padres o el / la tutor/a es garante para un menor de edad, provea la información siguiente:

Nombre del / de la garante: \_\_\_\_\_

Dirección del / de la garante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del / de la garante: \_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA / LA CASA:**

Número de personas en la familia o la casa del / de la paciente: \_\_\_\_\_

Número de personas que son dependientes del / de la paciente: \_\_\_\_\_

Edades de los dependientes del / de la paciente: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS Y EMPLEOS DE LA FAMILIA**

¿Está el / la paciente, su cónyuge o compañero/a empleado/a actualmente?      Sí / No

Si el / la paciente es menor de edad, ¿está alguno de los padres o tutor/a empleado/a actualmente?      Sí / No

Si ha contestado que sí para alguna de las preguntas de arriba, por favor complete la información sobre el empleador.

Haga un círculo en uno: Paciente    Cónyuge    Compañero/a    Padres    Tutor/a

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Haga un círculo en uno: Paciente    Cónyuge    Compañero/a    Padres    Tutor/a

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Haga un círculo en uno: Paciente    Cónyuge    Compañero/a    Padres    Tutor/a

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Si el / la paciente está divorciado/a o separado/a, o es parte de un procedimiento de disolución, ¿es su antiguo cónyuge o compañero/a responsable económicamente por la atención médica de acuerdo con el convenio regulador de disolución o separación? Sí / No

**INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE LA FAMILIA**

	Paciente	Cónyuge o Compañero/a	Padre / madre o tutor/a
Sueldo	_____	_____	_____
Trabajo por cuenta propia	_____	_____	_____
Compensación por desempleo	_____	_____	_____
Seguro social	_____	_____	_____
Ingreso por jubilación o retiro	_____	_____	_____
Compensación por discapacidad (de cualquier tipo)	_____	_____	_____
Compensación de obrero	_____	_____	_____
Ayuda temporal – familias necesitadas	_____	_____	_____
Manutención infantil o pensión entre cónyuges	_____	_____	_____
Otras fuentes de ingreso	_____	_____	_____

Total de fuentes mensuales de ingreso \_\_\_\_\_

**Provea documentación de todas las fuentes de ingreso familiar. Los ejemplos de dicha documentación incluyen los 2 talonarios de sueldo más recientes, estados de cuenta de prestaciones, cartas de adjudicación, órdenes judiciales, declaraciones de impuestos federales, u otra documentación para corroborar sus fuentes de ingreso.**

**IV. INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS – PRESTACIONES**

Por favor indique con una X si usted tiene el seguro de salud siguiente:

- Medicare: \_\_\_\_\_
- Medicaid: \_\_\_\_\_
- Suplemento de Medicare: \_\_\_\_\_
- Seguro privado o comercial: \_\_\_\_\_
- Prestaciones para veteranos: \_\_\_\_\_

**V. INFORMACIÓN SOBRE LOS ACTIVOS Y LOS ACTIVOS ESTIMADOS**

- |                                      | Cantidad: |
|--------------------------------------|-----------|
| Cuenta de cheques:                   | _____     |
| Cuenta de ahorros:                   | _____     |
| Acciones:                            | _____     |
| Certificados de depósito:            | _____     |
| Fondos de inversión (fondos mutuos): | _____     |
| Cuenta de ahorros para la salud:     | _____     |
| Cuenta de gastos flexibles:          | _____     |
| Bienes raíces:                       | _____     |
| Automóvil/es:                        | _____     |

**TOTAL DE ACTIVOS:**

\_\_\_\_\_

**VI. GASTOS MENSUALES Y GASTOS ESTIMADOS**

Cantidad:

Vivienda:

\_\_\_\_\_

Servicios públicos:

\_\_\_\_\_

Comida:

\_\_\_\_\_

Transporte:

\_\_\_\_\_

Cuidado de niños:

\_\_\_\_\_

Préstamos:

\_\_\_\_\_

Gastos médicos:

\_\_\_\_\_

Otros gastos:

\_\_\_\_\_

Total de gastos mensuales:

\_\_\_\_\_

Nota: Si el/la paciente reúne los requisitos supuestos de aptitud para la atención gratis o de alguna otra forma reúne los requisitos debido a los ingresos de la familia del / de la paciente, el/la paciente no tiene que llenar esta sección XI - Gastos mensuales y gastos estimados.

**VII. CERTIFICACIÓN:**

**Yo certifico que la información en este formulario es cierta y correcta según mi mejor saber y entender. Yo solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local a la que yo pueda tener derecho para poder pagar esta cuenta de hospital. Entiendo que la información que yo pueda proporcionar podría ser comprobada por el hospital, y autorizo al hospital (Hospital RML Specialist que también se conoce como RML Chicago) a que se ponga en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información suministrada en este formulario. Comprendo que si doy información incorrecta a sabiendas en este formulario, no reuniré los requisitos para obtener ayuda financiera, y cualquier ayuda financiera que se me haya otorgado podrá ser revocada y que seré responsable del pago por la cuenta de hospital**

\_\_\_\_\_  
Firma del / de la paciente o solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha