



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

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

Solicitud de asistencia económica

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTOS: Completar esta solicitud ayudará a RML Specialty Hospital (también conocido como RML Chicago) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Presente esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO ES NECESARIO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se necesita un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario dar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo, correo electrónico o fax para enviar una solicitud para recibir atención gratuita o con descuento en un plazo 60 días después de la fecha de alta o de recepción de la atención de paciente ambulatorio.

El paciente reconoce que hizo un esfuerzo de buena fe para dar toda la información necesaria en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para la asistencia económica.

Información de contacto para obtener ayuda

Si tiene alguna pregunta o duda sobre esta solicitud o sobre la elegibilidad para recibir asistencia económica, consulte la información de contacto abajo.

Hinsdale

Departamento de admisión
5601 S. County Line Rd.
Hinsdale, IL 60521
Teléfono: 630-286-4516
Fax: 773-826-2851

Chicago

Departamento de admisión (con cita)
3435 W Van Buren Street
Chicago, IL 60624
Teléfono 630-286-4516
Fax: 773-826-2851

Sitio web: <https://www.rmlspecialtyhospital.org/discharge-planners/financial-information/#financial>

Las quejas o preocupaciones con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia económica del hospital se pueden reportar a la Oficina de Atención Médica de la Fiscalía General de Illinois. Puede comunicarse con la Fiscalía General de Illinois en la información de contacto abajo.

Teléfono 1-877-305-5145

Sitio web <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____

¿Es actualmente residente de Illinois? Sí / No

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

Número de Seguro Social: _____ (No es necesario si no tiene seguro)

Teléfono: _____

Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

La siguiente información (raza, origen étnico, sexo e idioma) es opcional:

Raza

- Caucásico
- Hispano
- Afroamericano
- Indio americano
- Asiático
- Alguna otra raza _____

Sexo

- Hombre
- Mujer

Origen étnico

- Hispano
- Latino
- Español
- Cubano

Idioma preferido

- Inglés
- Español
- Otro idioma _____

Algún otro origen étnico **INFORMACIÓN DEL GARANTE DEL PACIENTE:**

Si el cónyuge o la pareja es garante del paciente o en el caso de que un padre/madre o tutor sea garante de un menor, presente la siguiente información:

Nombre del garante: _____

Dirección del garante: _____

Teléfono del garante: _____

II. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA / GRUPO FAMILIAR

Número de personas en la familia/grupo familiar del paciente: _____

Número de personas que son dependientes del paciente: _____

Edades de los dependientes del paciente: _____

III. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS FAMILIARES Y EL EMPLEO DEL PACIENTE

¿El paciente, su cónyuge o su pareja tienen actualmente un empleo? Sí / No

Si el paciente es menor de edad, ¿están los padres o el tutor del paciente empleados actualmente? Sí / No

Si la respuesta es Sí a cualquiera de las preguntas arriba, complete la siguiente información del empleador.

Marque con un círculo: Paciente Cónyuge Pareja Padres Tutor

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Marque con un círculo: Paciente Cónyuge Pareja Padres Tutor

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Marque con un círculo: Paciente Cónyuge Pareja Padres Tutor

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Si el paciente está divorciado o separado o es parte de un procedimiento de disolución, ¿es el antiguo cónyuge o pareja responsable económicamente de la atención médica del paciente según el acuerdo de disolución de la separación? Sí / No

INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE LA FAMILIA

	<u>Paciente</u>	<u>Pareja o Cónyuge</u>	<u>Padres o Tutor</u>
Sueldos	_____	_____	_____
Trabajo por cuenta propia	_____	_____	_____
Subsidio de desempleo	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____
Pensión / Ingreso por jubilación	_____	_____	_____
Discapacidad (todos los tipos)	_____	_____	_____
Compensación de los Trabajadores	_____	_____	_____
Asistencia temporal - Familia necesitada	_____	_____	_____
Manutención de menores y pensión alimenticia	_____	_____	_____
Otras fuentes de ingreso	_____	_____	_____
Total de fuentes de ingresos mensuales	=====	=====	=====

Presente la documentación de todas las fuentes de ingresos de la familia. Entre los ejemplos de dicha documentación se incluyen 2 talonarios de cheques más recientes, declaraciones de beneficios, carta de aprobación, órdenes judiciales, declaración de impuestos federales u otra documentación que demuestre sus fuentes de ingresos.

IV. INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS/BENEFICIOS

Indique con una X si tiene el siguiente seguro médico:

Medicare: _____
Medicaid: _____
Suplementario de Medicare: _____
Seguro privado/comercial: _____
Beneficios de veteranos: _____

V. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS Y BIENES CALCULADOS

	<u>Cantidad</u>
Cuenta de cheques	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones	_____
Certificados de depósito	_____
Fondos de inversión	_____
Cuenta de ahorro para gastos médicos	_____
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	_____
Bienes inmuebles	_____
Automóviles	_____
Total de activos	=====

VI. GASTOS MENSUALES Y GASTOS CALCULADOS

	<u>Cantidad</u>
Vivienda	_____
Servicios públicos	_____
Comida	_____
Transporte	_____
Cuidado infantil	_____
Préstamos	_____
Gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total de gastos mensuales	=====

Nota: Si el paciente cumple los criterios de posible elegibilidad para la atención gratuita o es posiblemente elegible debido a los ingresos familiares del paciente, no es necesario que el paciente complete la sección VI - Gastos mensuales y gastos calculados.

VII. CERTIFICACIÓN

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Enviaré una solicitud para cualquier ayuda estatal, federal o local a la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que el hospital puede verificar la información presentada, y autorizo al hospital (RML Specialty Hospital, también conocido como RML Chicago) a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información presentada en esta solicitud. Entiendo que si presento a propósito información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la asistencia económica, y se revertirá la asistencia económica concedida, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante

Fecha