

Importante: USTED PODRÍA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O A UN COSTO REDUCIDO. EI

Children's determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o a un costo reducido, o si puede beneficiarse de otros programas públicos que puedan ayudarle a pagar su atención médica. Entregue esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO ES UN REQUISITO ESENCIAL TENER UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O A COSTO REDUCIDO. Sin embargo, algunos programas públicos sí requieren números de seguro social, incluyendo Medicaid. No es necesario que proporcione un número de seguro social, pero si lo hace, le sería útil al hospital para determinar si usted reúne los requisitos para participar en algún programa público.

Sírvase completar este formulario y entréguelo en el hospital en persona, o envíelo por correo postal, correo electrónico o fax a la dirección que aparece a continuación:

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
 225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611
 (Teléfono:) 877.924.8200 | Fax: 312.227.9501

El/la paciente o su(s) tutor(es) legal(es) reconoce(n) que él(ellos) o ella(s) ha(n) hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada a fin de ayudar al hospital a determinar si el/la paciente es elegible para recibir ayuda económica.


Número(s) de cuenta(s) del paciente:			Número del fiador/garante:		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido segundo nombre	Nombre	Inicial del	Fecha de nacimiento:	Número de la seguridad social*	Tamaño de la familia (cuántas personas)
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono en casa	
Empleador	Dirección				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso mensual:	Teléfono del trabajo	
Datos de la persona responsable (padre/madre o tutor(a) legal)			Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otra		
Apellido segundo nombre	Nombre	Inicial del	Edad	Número de la seguridad social (opcional)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono en casa	
Empleador	Dirección				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso mensual:	Teléfono del trabajo	
Datos de la persona responsable (padre/madre o tutor(a) legal)			Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otra		
Apellido segundo nombre	Nombre	Inicial del	Edad	Número de la seguridad social (opcional)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono en casa	
Empleador	Dirección				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso mensual:	Teléfono del trabajo	

SOLICITUD PARA AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DE CONTACTO POR CORREO ELECTRÓNICO	
---	--

PROGRAMA DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA
--

Usted podría satisfacer los requisitos para recibir ayuda económica si se encuentra actualmente registrado en uno de los programas de asistencia que se indican a continuación: Lea la lista de programas e indique si actualmente se encuentra inscrito en alguno de ellos. (Se debe proporcionar evidencia de inscripción en el programa, y no será necesaria ninguna otra documentación.

		Indique en la columna de la izquierda si se encuentra registrado(a) actualmente en alguno de los siguientes programas:	
		Programa de Nutrición para Mujeres, Lactantes y Niños (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)	
		Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)	
		Programas de Illinois de Almuerzos y Desayunos Gratuitos (Illinois Free Lunch and Breakfast Programs)	
		Programa de Asistencia de Energía Casera para personas de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance)	
		Programa de la comunidad que proporciona acceso a servicios médicos	Especifique el nombre (del programa):
		Subvención para servicios médicos	Especifique el nombre (del programa):
		Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)	
		Programa de IHDA de Apoyo para la Renta de la Vivienda (IHDA's Rental Housing Support Program)	

Si usted no reúne los requisitos para los programas indicados arriba, por favor proporcione los siguientes datos para cada miembro correspondiente de la familia.

- 1) una copia de la declaración de impuestos más reciente (formulario 1040)
- 2) Una copia de los últimos tres talones de pago para todos los familiares que tengan empleo
- 3) Si corresponde, una copia de la carta de concesión de ayuda de la Seguridad Social
- 4) Si corresponde, una copia de la Declaración de Desempleo (Unemployment Statement)
- 5) Otro tipo de ingresos (para manutención infantil, pensión alimenticia, carta del empleador si se le paga en efectivo.)

Nota: Aunque por lo regular el hospital puede determinar la elegibilidad usando estos documentos que se indican aquí, es posible que se solicite más información para clarificar o ayudar en el proceso de calificación, incluyendo los siguientes documentos: Datos sobre su cuenta de cheques y ahorros: inversiones en la bolsa de valores, certificados de depósito, fondos de inversión (mutual funds), bienes raíces, y cuentas de ahorros o de gastos flexibles para la salud (health savings/flexible spending accounts).

Declaración del solicitante: Declaro que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier tipo de ayuda estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible, para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada podría ser verificada por el hospital y si fuera necesario, autorizo al hospital a contactar terceras personas/entidades para confirmar la autenticidad de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas, en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda económica, y cualquier tipo de asistencia financiera proporcionada podría ser revocada, y yo seré responsable de pagar la factura del hospital.

Firma del/de la solicitante: _____ Fecha: _____