


Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("el Hospital") a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudarlo a pagar su atención médica. Por favor, envíe esta solicitud al Hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No se requiere proporcionar un Número de Seguro Social, pero ayudará al Hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento a la dirección a continuación dentro de los 240 días posteriores a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago 225  
East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611  
Tel: 877.924.8200 | Fax: 312.227.9501  
hospitalbilling@luriechildrens.org

Cuenta de paciente	Número(s):	Número de garante:			
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>					
Apellido	Nombre	I.S.N.	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Tamaño de la familia
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial	
Empleador	Dirección del empleador				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código postal	Ingresos mensuales	Teléfono del trabajo	
Las respuestas o no respuestas a las siguientes preguntas sobre raza, etnia, sexo e idioma preferido no afectarán el resultado de la solicitud.					
Raza (opcional)	Etnia (opcional)	Sexo (opcional)	Idioma preferido (opcional)		
<b>INFORMACIÓN DEL GARANTE (PADRE/TUTOR)</b>			Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro		
Apellido	Nombre	I.S.N.	Edad	Número de Seguro Social (opcional)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial	
Empleador	Dirección				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código postal	Ingresos mensuales	Teléfono del trabajo	
<b>INFORMACIÓN DEL GARANTE (PADRE/TUTOR)</b>			Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro		
Apellido	Nombre	I.S.N.	Edad	Número de Seguro Social (opcional)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono residencial	
Empleador	Dirección				Teléfono celular
Ciudad	Estado	Código postal	Ingresos mensuales	Teléfono del trabajo	

<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO POR CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE/LA FAMILIA</b>		
<b>PROGRAMA DE ELIGIBILIDAD PRESUNTA</b>		
<p>Puede calificar para asistencia financiera si actualmente está inscrito en uno de los programas de asistencia específicos que se enumeran a continuación. La prueba de la inscripción actual en el programa debe proporcionarse, pero no será necesaria ninguna otra documentación, y no se requiere la información de ingresos mensuales solicitada anteriormente.</p>		
<p> <b>Indique en las casillas de verificación a continuación si actualmente está inscrito en alguno de los siguientes programas.</b></p>		
	Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	
	Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	
	Programas de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois	
	Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (ILHEAP)	
	Programa Basado en la Comunidad que brinda acceso a atención médica	Especifique el nombre:
	Asistencia de subvención para servicios médicos	Especifique el nombre:
	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
	Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler de IHDA	
<p><b>Si actualmente no está inscrito en ninguno de los programas enumerados anteriormente, proporcione al menos un documento para cada uno de los dos requisitos a continuación.:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Documentación de ingresos familiares</b> (<i>ejemplos de documentos aceptables:</i> la declaración de impuestos más reciente; los formularios W-2 y 1099 más recientes; 2 talones de pago más recientes; verificación por escrito de un empleador si se paga en efectivo; otras formas de documentación consideradas aceptables por el Hospital)</li> <li><b>Documentación de la residencia en Illinois</b> (<i>ejemplos de documentos aceptables:</i> documentos presentados para el N.º 1 anterior que incluyen verificación de residencia; tarjeta de identificación emitida por el estado; factura reciente de servicios públicos residenciales; contrato de arrendamiento; tarjeta de registro del vehículo; tarjeta de registro de votante; correo dirigido al paciente o garante del gobierno o de una fuente creíble; declaración de un miembro de la familia que resida en la misma dirección y presente verificación de residencia; una carta de un refugio para personas sin hogar, casa de transición u otra instalación similar que verifique que el paciente o garante reside allí; una licencia de conducir de visitante temporal).</li> </ol>		
<p>Nota: Aunque normalmente el Hospital puede determinar la elegibilidad utilizando los documentos requeridos anteriormente, el Hospital puede solicitar información aclaratoria adicional durante el proceso de calificación, incluidos los siguientes elementos: información de cuentas corrientes y de ahorros; existencias; Certificados de depósito; fondos mutuos; bienes inmuebles; e información de la cuenta de Ahorros para la Salud/Gastos Flexibles.</p>		

Certificación del solicitante: Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorice al hospital a ponerse en contacto con terceros, si es necesario, para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede revertirse y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Las preguntas o inquietudes relacionadas con esta solicitud se pueden dirigir al servicio de atención al cliente sobre facturación: [hospitalbilling@luriechildrens.org](mailto:hospitalbilling@luriechildrens.org)

Si necesita asesoramiento financiero, comuníquese con los Asesores Financieros de Lurie Children's- (312)- 227-1230 (Seleccione la opción 2, seguida de la opción 2)

Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois en <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> o al 1-877-305-5145.