

Importante: USTED PUEDE REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. Al completar esta solicitud, el hospital Lurie Children's determinará si usted puede recibir servicios gratis o con descuento, u otros programas públicos que le ayuden a pagar su atención médica. Entregue esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE EXIGE UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL COMO REQUISITO PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. Sin embargo, algunos programas públicos (entre otros, Medicaid) sí exigen un número de seguridad social. No es necesario que proporcione un número de seguridad social, pero este ayudará al hospital a determinar si reúne los requisitos para recibir algún programa público.


Complete este formulario y entréguelo en el hospital en persona o por correo, correo electrónico o fax en la dirección que aparece a continuación para solicitar atención gratis o con descuento en un plazo de 240 días después de la fecha en que se recibió el alta o la atención ambulatoria:

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
 hospitalbilling@luriechildrens.org

El paciente o sus tutores legales reconocen que hicieron un intento de buena fe de proporcionar toda la información solicitada para ayudar al hospital a determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir ayuda económica.

Número de la cuenta o cuentas del paciente:			Número del fiador:		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido	Nombre	Inicial del 2° nombre	Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social	Tamaño de la familia
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa	
Empleador	Dirección			Teléfono celular	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso mensual	Teléfono del trabajo	
DATOS DEL FIADOR (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)			Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro		
Apellido	Nombre	Inicial del 2° nombre	Edad	Número de seguridad social (opcional)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa	
Empleador	Dirección			Teléfono celular	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso mensual	Teléfono del trabajo	
DATOS DEL FIADOR (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)			Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro		
Apellido	Nombre	Inicial del 2° nombre	Edad	Número de seguridad social (opcional)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa	
Empleador	Dirección			Teléfono celular	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ingreso mensual	Teléfono del trabajo	

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DE CONTACTO POR CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE O LA FAMILIA		
PROGRAMA PARA EL CUAL PUEDE REUNIR LOS REQUISITOS		
<p>Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda económica si está registrado actualmente en uno de los programas específicos de asistencia que se indican a continuación. Lea los programas e indique si está inscrito en alguno de ellos. (Se debe proporcionar comprobante de inscripción vigente en el programa, pero no será necesaria ninguna otra documentación, ni se exige la información de ingresos mensuales solicitada más arriba en este formulario).</p>		
		Indique en la columna de la izquierda si está registrado actualmente en alguno de los siguientes programas.
		Programa de nutrición para mujeres, lactantes y niños (<i>WIC, Women, Infants and Children Nutrition Program</i>)
		Programa de asistencia suplementaria de alimentos (<i>SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program</i>)
		Programas de Illinois de almuerzos y desayunos gratis (<i>Illinois Free Lunch and Breakfast Programs</i>)
		Programa de ayuda para el pago energía de hogares de bajos ingresos (<i>LIHEAP, Low Income Home Energy Assistance Program</i>)
		Programa comunitario de acceso a atención médica
		Especifique el nombre:
		Asistencia de subsidio para servicios médicos
		Especifique el nombre:
		Asistencia temporal para familias necesitadas (<i>TANF, Temporary Assistance for Needy Families</i>)
		Programa de la IHDA de ayuda para el alquiler de vivienda (<i>IHDA's Rental Housing Support Program</i>)
<p>Si no reúne los requisitos para los programas indicados arriba, proporcione los siguientes datos de cada miembro correspondiente de la familia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Una copia de la declaración de impuestos más reciente (formulario 1040) 2) Una copia de los últimos tres talones de pago de todos los miembros de la familia que tengan empleo 3) Si corresponde, una copia de la carta de concesión de ayuda de seguridad social (<i>Social Security award letter</i>) 4) Si corresponde, una copia de la declaración de desempleo (<i>Unemployment Statement</i>) 5) Otros ingresos (manutención infantil, pensión alimenticia, carta del empleador si se le paga en efectivo) 		
<p>Nota: Aunque por lo general el hospital puede determinar la elegibilidad con los documentos que se indican aquí, es posible que se solicite más información para ayudar en el proceso de cualificación, entre otra, información acerca de: cuentas de cheques y ahorros; acciones; certificados de depósito, fondos de inversiones (<i>mutual funds</i>); bienes inmuebles y cuentas de ahorros o de gastos flexibles para la salud (<i>HSA, health savings account / FSA, flexible spending account</i>).</p>		

Certificación del solicitante: Certifico que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda local, estatal o federal para la que pueda reunir los requisitos con objeto de pagar la cuenta de este hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autoricé al hospital para que contacte a terceros, en caso necesario, con el fin de verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no tendré derecho a recibir ayuda económica, puede ser revocada toda ayuda económica que se me haya proporcionado y seré responsable de pagar la cuenta del hospital.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____