St. Mary's Hospital
500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

Le enviamos esta carta junto con la solicitud de asistencia financiera adjunta en respuesta a su solicitud. Si no envió una solicitud, ignore este aviso.

Estimado paciente/solicitante,

St. Mary's Hospital se guía por la compasión y está dedicado a brindar atención personalizada para todos, especialmente para los más necesitados. Es nuestra misión y privilegio ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes. La asistencia financiera está disponible solo para emergencias y otros cuidados médicamente necesarios. Gracias por confiar en nosotros para cuidarlo a usted y a su familia en sus necesidades de atención médica.

Complete la solicitud, incluida su firma y fecha antes de devolverla. Si completó una solicitud en los últimos seis meses y fue aprobado para recibir asistencia financiera, notifíquenos. Es posible que no necesite completar una nueva solicitud. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, proporcione una copia de al menos uno de los siguientes elementos como comprobante de ingresos:

- Dos (2) recibos de pago más recientes del empleador
- Declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos)
- Carta de concesión de jubilación del Seguro Social y/o pensión
- Declaración de impuestos anual más reciente del padre/tutor (si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años)
- Otros documentos de validación de ingresos
- Estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses
- Percepción de prestaciones por desempleo

Si recibe asistencia o vive en una casa con familiares o amigos, pídales que completen el formulario adjunto de "Carta de apoyo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Simplemente nos ayuda a comprender cómo puede cubrir sus gastos de manutención. Si no recibe ayuda de familiares o amigos, recuerde que su solicitud completa y comprobante de ingresos deben enviarse para que consideremos su solicitud. Desafortunadamente, no podemos procesar solicitudes incompletas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son completamente seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por alguien que no sea el destinatario previsto. Debido a que su solicitud contiene información confidencial, incluido su número de Seguro Social, queremos proteger su privacidad y garantizar que su información permanezca segura. Por esta razón, le recomendamos encarecidamente que no envíe la solicitud por correo electrónico.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, comuníquese con los Servicios Financieros para Pacientes de St. Mary's Hospital al 773-990-3289.

Sinceramente
Servicios Financieros Para Pacientes de St. Mary's Hospital

St. Mary's Hospital
500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

Solicitud de asistencia financiera

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a St. Mary's Hospital a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudarlo a pagar su atención médica. 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 es necesario proporcionar un número de seguro social, pero ayudará a St. Mary's Hospital a determinar si califica para algún programa público. Para cualquier pregunta de solicitud marcada como "opcional", su respuesta (o falta de respuesta) no tendrá ningún impacto en el resultado de la solicitud.

Complete esta solicitud y envíela a St. Mary's Hospital por correo, correo electrónico, o fax para solicitar atención gratuita o con descuento lo antes posible después de la fecha del servicio. Aceptaremos su solicitud hasta 240 días después del primer estado de cuenta de su atención. Al enviar esta solicitud, usted reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la solicitud de información en la solicitud para ayudar a St. Mary's Hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, puede comunicarse con los Servicios Financieros para Pacientes de St. Mary's Hospital si tiene preguntas o inquietudes al 773-990-3289.

Envíe esta solicitud por correo a: St. Mary's Hospital c/o Patient Financial Services-HBRC 3628 E Imperial Hwy, Suite 104 Lynwood, CA 90262	**Envíe esta solicitud por correo electrónico a:** FinancialAssistance@primehealthcare.com **Envíe esta solicitud por fax a:** 310-900-8857

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. La línea directa gratuita de la Oficina de Atención Médica es 877-305-5145 (TTY 800-964-3013).

Información para el paciente

Fecha _____

Número de cuenta _____

Nombre (primer nombre y apellido)

_____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Número de teléfono _____

Dirección _____

Número de Seguro Social: ***(Opcional)*** _____

Empleador _____ Estado de Empleo _____

Identidad de género ***(opcional)*** Te consideras a ti mismo como:
☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Hombre transgénero / hombre trans / mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF)
☐ Genderqueer/género no conforme ni exclusivamente masculino ni femenino
☐ Categoría de género adicional (u otra)
Identidad de género ***(opcional)***
¿Qué sexo figuraba originalmente en su certificado de nacimiento? ☐ Hombre ☐ Mujer

Raza ***(opcional)***
☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Guamanian o Chamorro ☐ Samoano ☐ Otro Isleño del Pacífico

Origen étnico ***(opcional)***
☐ Hispano, Latino o de origen Español ☐ Mexicano, Mexicano Estadounidense, Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro origen Hispano, Latino o Español

Idioma preferido ***(opcional)***
¿Su idioma principal o preferido es un idioma distinto al inglés? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, en qué idioma: _____

Información del responsable/información del tutor legal
(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, deje esta sección en blanco)

Nombre (primer nombre y apellido)

_____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Número de Seguro Social: ***(Opcional)*** _____

Empleador _____ Estado de Empleo _____

Información del cónyuge de la parte responsable
(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, complete la información del cónyuge del paciente)

Nombre (nombre y apellido)

_____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Número de teléfono _____

Dirección _____

Número de Seguro Social: ***(Opcional)*** _____

Empleador _____ Estado de Empleo _____

Dependientes de la parte responsable
(Si el paciente es la misma parte responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Relación con la parte responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Relación con la parte responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Relación con la parte responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Relación con la parte responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Relación con la parte responsable _____

Número total de adultos y niños en el hogar _____

Ingresos mensuales
(Complete los montos en dólares para cada artículo que se indica a continuación. Proporcione una cantidad por mes para cada uno).

Ingreso del trabajo del solicitante _____
Manutención infantil recibida _____
Ingresos del cónyuge _____
Pensión alimenticia recibida _____
Beneficios del seguro social _____

Gastos mensuales de subsistencia
Los pacientes que presuntamente son elegibles para recibir asistencia financiera como se describe en **la Política de asistencia financiera de St. Mary's Hospital** no están obligados a completar esta sección.

Hipoteca/alquiler _____
Utilidades _____
Teléfono (fijo) _____
Teléfono celular _____
Comestibles/alimentos _____
Televisión por cable/internet/satélite _____
Pago del automóvil _____
Cuidado de niños _____
Manutención de los hijos _____
Pensión alimenticia _____
Facturas de médico/hospital _____
Seguro de automóvil _____
Otros gastos mensuales _____

Total de gastos mensuales _____

Activos

Acciones/bonos/inversiones/CD(s) _____
Otros bienes inmuebles/residencia secundaria _____
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Vehículo de cuenta de ahorros para la salud/gastos flexibles _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a **St. Mary's Hospital** en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar mis facturas médicas. Entiendo que esta información proporcionada puede ser verificada por **St. Mary's Hospital**, y autorizo a **St. Mary's Hospital** a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de la(s) factura(s).

Firma del solicitante

_____

Fecha

_____

COMENTARIOS

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

St. Mary's Hospital
500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

CARTA DE APOYO

Número de registro médico del paciente/número de cuenta

_____

Nombre del colaborador

_____

Relación con el paciente/solicitante

_____

Dirección del colaborador

_____

A **St. Mary's Hospital**:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente)

_____

recibe pocos o ningún ingreso y estoy ayudando con sus gastos de manutención. Él/Ella/Ellos tienen poca o ninguna obligación conmigo.

Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del colaborador

_____

Fecha

_____