



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL (CFMC)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de los servicios prestados por el hospital: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a Community First Medical Center para el cuidado de su salud. Ofrecemos una amplia variedad de programas de asistencia financiera que se adaptan a las necesidades de nuestros pacientes. Nuestros programas son aplicables **únicamente** a los cargos hospitalarios de Community First Medical Center. Tenga en mente que recibirá facturas por separado de cada profesional de la salud o grupo de profesionales de la salud por la atención, tratamiento o servicios prestados. El programa de asistencia financiera no es aplicable para estos cargos.

**¡IMPORTANTE! USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:** Llenar esta solicitud ayudará a Community First Medical Center a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudarle a pagar por su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital.

SI USTED NO CUENTA CON PÓLIZA DE SEGURO, NO ES OBLIGATORIO PROPORCIONAR SU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA SER ELEGIBLE PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, el número de seguridad social es obligatorio para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de seguridad social, aunque ayudará al Community First Medical Center a determinar si usted es elegible para algún programa público. Puede ser obligatorio inscribirse en tales programas antes de solicitar un programa de asistencia financiera. Ayudaremos a los pacientes a identificar los programas públicos financiados por el estado y con los procedimientos de inscripción.

Llene este formulario y entréguelo en persona en el hospital, o envíelo por correo, correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de un periodo de 60 días a partir de la fecha de su alta o del recibo por atención ambulatoria. Community First Medical Center podrá extender este plazo si usted necesita más tiempo para reunir la información o si las circunstancias así lo requieren. Al llenar este formulario, usted acepta que proporciona de buena fe toda la información solicitada en la solicitud para ayudar a Community First Medical Center a determinar si usted es elegible para asistencia financiera.

Los programas de asistencia financiera de Community First Medical Center incluyen:

Programa	Disponible para	Descripción	Cómo solicitarlo
Asistencia financiera	Pacientes con y sin póliza de seguro	Ofrece atención gratuita o con descuento basado en el tamaño y en los ingresos de la familia conforme al Índice Federal de Pobreza	Llene la solicitud del programa de asistencia financiera
Descuento automático al momento del pago para pacientes sin seguro	Pacientes sin póliza de seguro	Ofrece un descuento automático del 50 %	No se requiere solicitud
Descuento por evento catastrófico	Pacientes con y sin póliza de seguro	Limita los gastos pagados de su bolsa cuando la deuda específica a la atención médica provista en nuestro hospital sobrepasa el 15 % del ingreso familiar bruto	Determine si los gastos pagados de su bolsa sobrepasan el 15 % del ingreso familiar bruto. De ser así, llene la solicitud del programa de asistencia financiera
Programa de plan de pagos	Pacientes con y sin póliza de seguro	Ayuda a pacientes con sus obligaciones financieras estableciendo un plan de pagos	Contacte a un asesor financiero* o al Departamento de Atención al Cliente en el teléfono (773) 794-7626

Para ayudarnos a determine si usted es elegible para recibir asistencia financiera, complete, firme y devuelva esta solicitud junto con copias de todos los documentos requeridos.



### Solicitud de asistencia financiera del hospital

**NOTA:** Esta solicitud es únicamente para cargos hospitalarios de Community First Medical Center. No incluye los honorarios profesionales de los médicos independientes.

Programa que solicita:

- Asistencia financiera (atención gratuita/con descuento)
- Descuento por evento catastrófico

Sección uno: Información demográfica

Nombre del paciente (o solicitante, en caso de que el paciente sea menor de edad): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono celular del paciente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del paciente (no es necesario si no cuenta con seguro): \_\_\_\_\_

Cónyuge/pareja/aval: \_\_\_\_\_

Cónyuge/pareja/aval: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa del cónyuge/pareja/aval: \_\_\_\_\_

Teléfono celular del cónyuge/pareja/aval: \_\_\_\_\_

El paciente es residente de Illinois:    Sí    No

El paciente fue víctima de un crimen:    Sí    No

El paciente estuvo involucrado en un presunto accidente:    Sí    No

Identificación de residencia. Como parte de este proceso, el Community First Medical Center necesita comprobar su lugar de residencia. Los documentos aceptables para verificar su residencia incluyen cualquiera de los siguientes: licencia de conducir expedida por el estado; credencial de identificación expedida por el estado; factura reciente de servicios residenciales; contrato de arrendamiento; tarjeta de registro vehicular; credencial del registro de electores; correspondencia recibida de alguna agencia gubernamental o fuente confiable; declaración de un familiar que viva con usted en la misma dirección y que presente comprobante de residencia; carta de un albergue para indigentes, casa de transición o instalación similar en la que se compruebe que usted vive en tal instalación; cualquiera de los artículos listados en la sección de comprobación de ingresos (a continuación); comprobante de domicilio emitido por su empleador; o cualquier otra fuente de información razonable en la que se compruebe su domicilio y que, a juicio de Community First Medical Center, sea aceptable. En tanto usted no pueda proporcionar ninguna información que compruebe su residencia, Community First Medical Center confiará en la información de residencia que usted haya proporcionado arriba.



**Solicitud de asistencia financiera del hospital**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Sección dos: Información de familiares/dependientes/vivienda

Número de personas en la familia/vivienda del paciente: \_\_\_\_\_

Número de dependientes del paciente: \_\_\_\_\_

Edades de los dependientes del paciente: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Sección tres: Ingreso familiar e información de empleo

Nombre del empleador actual del paciente (si tiene empleo): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del paciente (renglón 1): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del paciente (renglón 2): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador actual del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador actual del cónyuge/pareja (si tiene empleo): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del cónyuge/pareja (renglón 1): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del cónyuge/pareja (renglón 2): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador actual del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador actual del padre/aval (si tiene empleo): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del padre/aval (renglón 1): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del padre/aval (renglón 2): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador actual del padre/aval: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del padre/aval (renglón 1): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual del padre/aval (renglón 2): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador actual del padre/aval: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, ¿un cónyuge/pareja anterior es financieramente responsable de la atención médica del paciente como parte del acuerdo de disolución/separación? Sí No



**Solicitud de asistencia financiera del hospital**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Sección tres: Ingreso familiar e información de empleo (continúa)

Liste **todos los ingresos familiares mensuales brutos**, incluidos los casos en que un cónyuge o pareja actúe como aval del paciente o en los cuales un padre o tutor sea el aval de un menor, por los siguientes rubros:

	Paciente/solicitante	Cónyuge/pareja/aval
Salarios	\$	\$
Autoempleo	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$
Seguridad social	\$	\$
Pensión de seguridad social por discapacidad	\$	\$
Pensión por discapacidad para veteranos	\$	\$
Pensión por discapacidad para militares	\$	\$
Compensación para los trabajadores	\$	\$
Asistencia temporal para familias necesitadas	\$	\$
Ingresos por retiro	\$	\$
Pensión alimenticia infantil/conyugal	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
Ingreso mensual total	\$	\$

Comprobación de los ingresos del paciente, cónyuge o aval. Community First Medical Center necesita comprobar sus ingresos y los de su familia como parte de este proceso. Su solicitud no será aprobada sin los comprobantes de ingresos y la documentación de respaldo. Los documentos aceptables para comprobar su residencia incluyen cualquiera de los siguientes: una copia de su devolución de impuestos más reciente; una copia de sus formularios W-2 o 1099 más recientes; copias de sus dos talones de pago más recientes; verificación de sus ingresos por escrito por parte de su empleador en caso de que le paguen en efectivo; o cualquier comprobante de ingresos que, a juicio de Community First Medical Center, sea aceptable.



**Solicitud de asistencia financiera del hospital**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Sección cuatro: Información sobre seguros/beneficios

¿Con qué tipo de seguro cuenta actualmente? (marque todos los que correspondan y proporcione la documentación de respaldo que tenga)

- Seguro de salud privado
- Medicare
- Medicare parte D
- Complemento de Medicare
- Medicaid
- Beneficios para veteranos
- No tengo seguro

Si tiene seguro de salud privado, proporcione la siguiente información:

Nombre de la compañía aseguradora del paciente/solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora del cónyuge/pareja/aval: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_



**Solicitud de asistencia financiera del hospital**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Sección cinco: Información sobre activos

Liste sus activos y el valor estimado de los mismos.

	Paciente/solicitante	Cónyuge/pareja/aval
Cuentas de cheques	\$	\$
Cuentas de ahorros	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$
Acciones	\$	\$
Fondos de inversión	\$	\$
Automóviles u otros vehículos	\$	\$
Bienes raíces	\$	\$
Cuentas de ahorros para salud/ gastos varios	\$	\$
Total	\$	\$

Comprobación de activos. Como parte de este proceso, Community First Medical Center necesita comprobar sus activos (y el valor de los mismos). Los documentos aceptables pueden incluir los estados de cuenta de las instituciones financieras u otras entidades que comprueben el valor de sus activos. En tanto usted no pueda proporcionar ninguna comprobación del valor de sus activos por parte de un tercero, Community First Medical Center se basará en los valores de activos que usted haya proporcionado arriba.



**Solicitud de asistencia financiera del hospital**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Sección seis: Gastos familiares

Liste todos los **gastos familiares mensuales** por los siguientes rubros:

	Paciente/solicitante	Cónyuge/pareja/aval
Vivienda	\$	\$
Servicios públicos	\$	\$
Alimentación	\$	\$
Transporte	\$	\$
Cuidado de los menores	\$	\$
Préstamos	\$	\$
Gastos médicos	\$	\$
Otros gastos	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$

BASADO EN LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN ESTA SOLICITUD, SI SE DETERMINA QUE EL PACIENTE CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD ESTABLECIDOS EN LA SECCIÓN 4500.40 DEL CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE ILLINOIS, O DE OTRA FORMA ES PRESUMIBLEMENTE ELEGIBLE EN VIRTUD DEL INGRESO FAMILIAR DEL PACIENTE, EL PACIENTE NO ESTARÁ OBLIGADO A LLENAR ESTA SECCIÓN.

Certifico que la información de esta solicitud es correcta y verdadera a mi mejor entender. Solicitaré cualquier asistencia de orden estatal, federal o local para la cual sea elegible para ayudar al pago de esta factura hospitalaria. Entiendo que la información proporcionada podrá ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para comprobar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, de proporcionar información falsa a propósito en esta solicitud, seré considerado no elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya prestado se revertirá, y será mi responsabilidad pagar la factura hospitalaria.

Firma del paciente/solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/pareja/aval: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Devuelva el formulario completado y la documentación de respaldo a:**

**Community First Medical Center  
5645 W. Addison St.  
Chicago, IL 60634**

**Con atención a: Cashier Department – 1<sup>st</sup> Floor**

Si tiene alguna duda o comentario, o si requiere asistencia adicional, llámenos al teléfono (773) 794-7626 para obtener más información en cuanto a nuestros programas de asistencia financiera.