



**Sinai Health System** California Avenue at 15th Street • Chicago, IL 60608 • (773) 542-2000 • TDD (773) 542-0040

## INFORMACIÓN SOBRE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La misión del Sistema de salud de Sinai, es la de mejorar la salud de las personas y las comunidades a las que presta servicio, sin importar la capacidad que tenga la persona para pagar.

**Teniendo en cuenta esta misión, Sinai tiene un programa de asistencia financiera para ayudar a los pacientes a pagar por los servicios médicos esenciales que proveen sus hospitales afiliados.** Este programa ayuda a los pacientes que no pueden tener acceso a los programas públicos, tales como Medicare, Medicaid, asistencia para víctimas de crimen, u otros programas. Usted podría ser elegible a los servicios del cuidado de la salud gratuitos o con un descuento. Al llenar esta solicitud le ayudará al hospital Mount Sinai, hospital de rehabilitación de Schwab, hospital Holy Cross y grupo médico Sinai a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o pueda ser elegible a otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su cuidado de salud. Entregue por favor esta solicitud al hospital.

Si usted no está asegurado, no se requiere un número de seguro social para ser elegible al servicio de cuidado gratuito o con descuento, pero ayudará a determinar si usted es elegible para cualquier programa público. Un número de seguro social se requiere para ciertos programas públicos, incluyendo Medicaid. También le ayuda a Sinai en el uso de información tecnológica electrónica para determinar la asistencia financiera.

**Las solicitudes para asistencia financiera están disponibles para cualquier paciente que manifieste la necesidad de ayuda financiera.** Llene por favor este documento y entréguelo al hospital, en persona, por correo, correo electrónico o por facsímil, para solicitar cuidado gratuito o con descuento dentro de los 60 días después de la fecha de alta o recibo por cuidado ambulatorio. Hay consejeros financieros disponibles en el hospital Mount Sinai, Holy Cross o rehabilitación de Schwab entre las 7:30 a.m. y 4:30 p.m. El consejero financiero necesitará verificar su identidad, ingresos, tamaño de la familia y domicilio.

Junto con la solicitud llena, **por favor incluya:**

- Identificación del gobierno con fotografía (si está disponible)
- Prueba de ingresos
  - Formularios de impuestos del IRS del año calendario más reciente;
  - Todos los formatos W-2 y /o 1099 del año calendario más reciente;
  - Las dos últimas colillas cheque actuales o cualquier documento oficial del empleador, si le pagan en efectivo;
  - Cualquier otro documento presunto aceptable por Sinai, de verificación razonable de ingresos, tal como documento de pensión, una verificación por escrito del empleador (si le pagan en efectivo), cheques del seguro social o manutención; y/o
  - Una carta de comida y alojamiento;
- Prueba de las personas a su cargo
  - Certificados de nacimiento de cada niño a cargo o cualquier otro documento de apoyo.
- Prueba de que reside en Illinois. Usted solamente necesita proporcionar uno (1) de los documentos de prueba siguientes:
  - Cualquiera de los documentos requeridos como parte de verificación de ingreso;
  - Tarjeta de registración como votante de Illinois;
  - Un acuerdo de contrato de arrendamiento;
  - Una matrícula de registración del vehículo;
  - La dirección o domicilio del paciente no asegurado y una dirección gubernamental de Illinois u otra fuente creíble;
  - Se pueden utilizar fuentes alternas, cuando estén disponibles, para validar el domicilio.
- Si usted necesita cuidado de salud porque fue víctima de un crimen, traiga por favor copia del reporte de policía.

En ciertos casos, puede que a usted se le ofrezca un descuento de caridad sin una solicitud. **Antes de entregar una solicitud para asistencia financiera, pregúntele por favor a uno de los consejeros financieros si usted es elegible para un descuento de caridad!** Usted puede obtener un consejero financiero llamando al (773) 257-1777, o visitando su hospital Mount Sinai, Holy Cross o rehabilitación de Schwab.



**2. Información del empleador**

Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Número y calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona postal Número de teléfono

**Información de Esposo/a/Pareja**

Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Número y calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona postal Número de teléfono

**Información del padre o tutor Información del empleador (para pacientes pediátricos)\***

**Padre/Tutor 1.**

Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Número y calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona postal Número de teléfono

**Padre/Tutor 2.**

Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Número y calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona postal Número de teléfono



Si usted reúne el criterio presuntivo de elegibilidad establecido en la Sección 4500.40 del código administrativo de Illinois o es, de otra manera, presuntivamente elegible debido a su ingreso familiar, no se requiere que usted llene esta sección de la solicitud de ayuda financiera.

**5. Gastos**

<b>Gasto</b>	<b>Pagos mensuales</b>	<b>Saldo (donde aplique)</b>
Hipoteca/ Alquiler	\$	\$
Servicios:	\$	
Gas	\$	
Electricidad	\$	
Agua/ Alcantarillado	\$	
Teléfono	\$	
Cable	\$	
Comida (utilice \$160.00 por miembro familiar por mes si se desconoce la cantidad)	\$	
Tarjetas de crédito/ Otro	\$	\$
Tarjetas de crédito/ Otro	\$	\$
Tarjetas de crédito/ Otro	\$	\$
Pagos del carro		
Marca: _____ Año _____	\$	\$
Otros gastos médicos	\$	\$
Otros gastos médicos	\$	\$
Gastos adicionales		
_____		
_____		
_____		
Total de todos los gastos	\$	\$

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Llenaré la solicitud para cualquier asistencia federal o local del estado de la cual pueda ser legible para la ayuda en el pago de esta factura de hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital para que contacte a terceros 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 la ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me otorgue podría ser revertida y yo seré responsable del pago de la factura del hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha