



Solicitud de Asistencia Financiera

ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a Midwest Medical Center a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. **El paciente debe solicitar Medicaid primero si actualmente no tiene seguro. Visite www.abe.illinois.gov o llame al 1-800-843-6154 para solicitar Medicaid.**

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR 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 Midwest Medical Center a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo a Midwest Medical Center en persona, por correo, o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que MMC proporciona el primer estado de cuenta al paciente.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar a Midwest Medical Center a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Documentos requeridos:

- Declaración de impuestos federales sobre la renta presentada más recientemente y los Anexos correspondientes y los formularios W-2 y 1099;
- Copias de los 2 recibos de pago más recientes;
- Estado de cuenta/comprobante de cheque más reciente para todos los demás beneficios de ingresos, incluidos:
 - Seguridad Social
 - VA
 - Pago por desempleo/indemnización por despido
 - Compensación laboral
 - Pensión/Jubilación
 - Fideicomiso
 - Pensión alimenticia y manutención de los hijos
 - Alquiler
 - Intereses/Dividendos

- Discapacidad
- Otros

2 estados de cuenta bancarios más recientes: cheques y ahorros

- Si trabaja por cuenta propia, sus 2 estados de cuenta bancarios más recientes de la cuenta comercial; la declaración de impuestos comerciales presentada más recientemente, incluidos todos los anexos; Estado de Resultados de la Empresa; y Libro Mayor de Cuentas por Cobrar
- Formularios que aprueban o deniegan la compensación por desempleo o la compensación para trabajadores

Notificación:

Se enviará una carta al solicitante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la Solicitud de Asistencia Financiera de Midwest Medical Center. Si falta información o documentos en la Solicitud, la carta identificará lo que falta y lo que MMC necesita para procesar la Solicitud. Si la Solicitud está completa, la carta identificará la asistencia financiera otorgada, solicitará un plan de pago sobre cualquier saldo adeudado y seguirá un estado de cuenta que muestre el saldo adeudado.

Certificación:

Certifico que la información de esta Aplicación 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 esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por Midwest Medical Center, y autorizo a Midwest Medical Center a ponerse en contacto con 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 recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Fecha de solicitud:_____ Firma del paciente o solicitante:_____

Una vez que el formulario esté completo, devuélvalo por correo, fax o en persona.

Correo:

Midwest Medical Center
Attention: Patient Account Specialist
One Medical Center Dr.
Galena, IL 61036

Fax: 815-776-7274

En Persona: Déjalo en cualquier mostrador de registro en el hospital y/o clínica

Información para el paciente

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social#: _____ - _____ - _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador _____

Dirección de empleador: _____

soltero casado unión civil divorciado viudo

Nombre del Cónyuge/Pareja/Padre/Tutor: _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Teléfono: _____

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

de personas en la familia/hogar del paciente: _____

de Personas que son Dependientes del Paciente: _____

Edades de los Dependientes del Paciente: _____

Gastos mensuales del hogar

Alquiler/Hipoteca _____ Gasolina/Electric _____ Alimentos _____

Teléfono _____ Agua/Alcantarillado _____ Cuidado de Niños _____

Transporte _____ Médico _____ Prestamos _____

Descripción de otros gastos y monto en dólares _____

Ingreso mensual del hogar

Fuente	Cantidad/Frecuencia de Pacientes	Cónyuge/Pareja/Padre/Tutor Cantidad/Frecuencia
Salario	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Desempleo	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Compensación laboral	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
SS/SSI/SSD	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Beneficios de VA	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Discapacidad Privada	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Pensión/Jubilación	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Interés/Dividendo	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Confianza	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Alquiler	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Otros ingresos	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

Activos: Identifique sus activos y el valor estimado de los activos

Cuentas Financieras	Nombre de la Institución Financiera/Administrador	Valor estimado
Cuenta Corriente		
Ahorros		
Certificados de Depósito		
Ahorros para la salud/Gastos flexibles		
Inversiones	Nombre de la acción/fondo	Valor estimado
Existencias		
Fondos Mutuos		
Vehículos	Marca y modelo	Valor estimado
Automóvil		
Automóvil		
Otro		
Bien inmueble	Dirección	Valor estimado