

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

A fin de que el Gibson Area Hospital and Health Services procesen su solicitud, todas las secciones deben ser llenadas en su totalidad (AL FRENTE Y AL REVERSO). Necesitaremos igualmente que los siguientes documentos de respaldo se presenten con su solicitud, si son pertinentes en su caso:

- Declaración de impuestos del año anterior.
- Copia de los dos (2) talones de pago más recientes correspondientes a los ingresos laborales de todos los miembros del hogar.
- Estados de cuenta más recientes
- Cualquier otro comprobante que reciba de fuentes de ingreso (Seguridad Social, pensión alimenticia, /manutención de hijos, desempleo, jubilación/pensión, etc.)

SECCIÓN PRIMERA: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Por favor complete toda la información a continuación con respecto a datos demográficos y de seguros

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Las siguientes preguntas sobre raza, origen étnico, sexo, idioma de preferencia, son OPCIONALES, y las respuestas o la falta de ellas no tendrán ningún impacto sobre el resultado de la solicitud.

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro-Americano Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico Blanco

Origen étnico: Hispano o Latino No Hispano ni Latino

Sexo: Masculino Femenino

Idioma de Preferencia: Inglés Español Polaco Chino Árabe Ruso Urdu

¿Tenía usted Seguro médico al momento de su servicio? Si la respuesta es Sí, por favor proporcione información sobre su seguro y una copia de su tarjeta de seguros.

Sí No Compañía de Seguro: _____ Identificación del Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Si la respuesta es No, ¿Ha solicitado Medicaid? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el estatus de su solicitud de Medicaid? Aprobado Negado Pendiente

¿Su servicio está relacionado con un accidente automovilístico? Sí No

Si la respuesta es Sí: Compañía Aseguradora: _____ Teléfono de la Aseguradora: _____

Número de la Póliza de Seguro: _____

Por favor proporcione la información a continuación sobre todos los familiares inmediatos que viven en su hogar.

- Para estos propósitos "familiares" incluye el solicitante, el (la) cónyuge del (de la) solicitante y todos sus hijos menores de 18 años (naturales o adoptados).

SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR ADICIONALES

	Nombre del (de los) Miembro(s) de la familia	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS
 Proporcione cualquier ingreso que los miembros de su hogar reciban.

Fuente de Ingreso	Ingreso Bruto Mensual Actual - Solicitante	Ingreso Bruto Mensual Actual - Cónyuge/Otro
Sueldos /Salario		
Auto Empleo		
Manutención de hijos/ Pensión Al.		
Seguridad Social/Jubilación		
Ingreso por Alquiler		
Desempleo		
Otro Ingreso		

SECCIÓN CUATRO: INFORMACIÓN DE ACTIVOS
 Por favor enumere lo siguiente

Tipo de Activo	Saldo actual - Solicitante	Saldo Actual - Cónyuge/Otro
Cuenta Bancaria- Ahorros		
Cuenta Corriente		
Cuenta de Ahorros de Salud/FSA		

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera a mi juicio. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal, o local para la que sea elegible a fin de ayudar a pagar esta(s) factura(s) médica(s). Entiendo que la información suministrada puede ser verificada, y autorizo al Gibson Area Hospital and Health Services para que se comunice con terceros a objeto de verificar la exactitud de la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya concedido debe ser revocada y seré responsable por el pago de la(s) factura(s) médica(s). Autorizo al Gibson Area Hospital and Health Services para que se pongan en contacto conmigo a través de cualquier método proporcionado en esta solicitud.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyuge (si corresponde): _____ Fecha: _____

Preguntas e Inquietudes

Si tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con el Departamento de Asistencia Financiera del Gibson Area Hospital and Health Services por el teléfono (217)784-2245.

Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden reportarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal general de Illinois en el:

Sitio Web: <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

Número telefónico: 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)