

Solicitud de Asistencia a la Comunidad

LEA ESTO PRIMERO

Importante: **Es posible que pueda recibir gratuitamente o con descuento ATENCIÓN:**

Completar esta aplicación te ayudará Marianjoy Hospital de determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o descuentos u otros

programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, envíe esta solicitud al hospital.

Si no tiene seguro, un número de seguro social no es requerido para calificar GRATIS O CUIDADO CON DESCUENTO. Sin embargo, un número de Seguro Social es necesario para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para los programas públicos.

Marianjoy usará la información que usted nos proporciona para determinar si usted es elegible para recibir cobertura a través de una serie de programas de la comunidad. Por lo tanto, es importante que usted llene esta solicitud lo más completa y exacta posible. Estos programas pueden incluir;

- Medicare y / o Medicaid
- Las subvenciones a la Bolsa de Seguros de Salud
- Fondos de propósito especial o subvenciones para los pacientes desatendidos
- Elegibilidad para el programa basado en la comunidad

Elegibilidad Presunta

La Ley de Facturación Justa define la "elegibilidad presunta" como la elegibilidad para asistencia financiera del hospital determinará en función de criterios que demuestran necesidad financiera por parte del paciente, y los "criterios de elegibilidad presunta" como las categorías identificadas como demostrar necesidad financiera por parte de un paciente utilizado por el hospital en la implementación de elegibilidad presunta.

Paciente demuestra una o más de los siguientes automáticamente:

- La falta de vivienda
- Desease d sin raíces
- M incapacidad ental con ningún representante
- Elegible para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o de los servicios no cubiertos
- La inscripción en un programa para personas de bajos ingresos con los criterios de elegibilidad <200% [Federal P a pobreza Nivel](#) tales como:
 - IC, SNAP, Illinois desayuno / almuerzo, Programa de Hogares de Bajos Ingresos de Asistencia de Energía, o un programa de asistencia médica basada en la comunidad con criterios de bajos ingresos, o recibe ayuda de subvenciones para servicios médicos

Por favor complete este formulario y enviarlo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico, o por fax al solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de aprobación de la gestión o de la recepción de la atención ambulatoria.

Hospital de Rehabilitación Marianjoy Teléfono: 630-909-7.370 Fax: 630-909-7371 Email: mjmrhassistance@wfhc.org	Clínica de Medicina de Rehabilitación Teléfono: 630-909 hasta 7350 Fax: 630-909-7351 Email: rncassistance@wfhc.org
--	--

CUIDADO DE LA COMUNIDAD DE APLICACIÓN FINANCIERA

Fecha _____ Número (s) de cuenta _____ Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Hospital _____ Dirección Email _____

Dirección del paciente;

Contacto Principal #. ___ SSN (Opcional) _____

Estado civil: soltero ___ casado viudo divorciado ___ separados
Nombre del cónyuge: _____ Número de personas en la familia / hogar del
paciente _____
Número de dependientes ___ Edad de dependientes _____

El estado del paciente (marque todas las que correspondan): Homeless incapacitación mental ___
___ Medicaid ___ elegible fallecida, sin raíces ___ Residente de Illinois ___ Accidente o Víctima
del Delito ___

¿Está inscrito en cualquiera de los siguientes programas, para mujeres, bebés y el Programa de
Nutrición para niños (WIC) ____, Programa de Asistencia Suplementaria (SNAP) ____, Programa
de Desayunos Almuerzo Illinois gratis y, Programa de Hogares de Bajos Ingresos de Asistencia de
Energía (LIHEAP) ____, Matriculados en un programa basado en la comunidad organizada que
proporciona acceso a la atención médica que evalúa y documento de situación financiera de bajos
recursos limitados como criterios de ____, Recibir asistencia de subvención para servicios médicos

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Para que podamos procesar su solicitud de ayuda, prueba de
ingresos y de residencia se debe adjuntar con el fin de evaluar la elegibilidad en los programas
gubernamentales **Nota:** Los espacios en blanco pueden descalificar o procesamiento demora de su
solicitud **Complete este formulario.. en tinta.**

Por favor, adjunte los siguientes requisitos:

- última declaración de Pay Stub _____ Gobierno Beca Compruebe Identificación con
foto
 Copia de factura de impuestos de facturas de servicios públicos Propiedad (si el dueño de casa)
Estado de Hipoteca (si el dueño de casa)
Si tiene preguntas, llame al _____ Regreso en

EMPLEO, INGRESOS Y INFORMACION DE SEGURO (todos los bloques deben ser completados!):

¿Está trabajando actualmente? Sí No ¿Está usted empleado por cuenta propia?

Sí No

**Paciente o padre (Sólo si el paciente menor de 18 años de edad) cónyuge o padre (Sólo si es
menor de 18 años de edad)**

Actual o Ultimo Empleador	
Dirección Teléfono #	
Ciudad Estado Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Ingresos netos mensuales	Ingresos netos mensuales
Fechas de Empleo De: _____ A: _____ (Requerir información anterior empleo si a corto plazo)	Fechas de Empleo De: _____ A: _____ (Requerir información anterior empleo si a corto plazo)

**SI LOS HOGARES ES igual o inferior al NIVEL proverty FEDERAL , NO PODRÁ necesidad de
completar el resto de la aplicación
OTRAS FUENTES DE INGRESOS (marque el tipo y la cantidad de lista):**

- Pensión alimenticia / Manutención de Menores _ Pensión Anualidad _
- Seguro Social _ Compensación de Trabajadores _
- Veteranos Pension _ Ingresos de Alquiler _
- Compensación por Desempleo _ Otros (especificar) _
- Becas Escolares _

Home Owner

Otras Propiedades

Ubicación:	Ubicación:
Evaluado valor imponible:	Evaluado valor imponible:
Hipoteca Vencimiento:	Hipoteca Vencimiento:

INFORMACIÓN DEL COCHE

Marca y Año	Modelo	Lien Holder (Si no es el solicitante)	Valor	Préstamo Equilibrio	Mensual Pago

DETALLES DE ACTIVOS solicitante (Esta información será verificada)

Descripción	Nombre en la cuenta	Institución Financiera y Dirección	Número de Cuenta	Equilibrio
De cheques				
Ahorros				
Efectivo en caja				
Propiedad Ingresos				

PASIVO SOLICITANTE DATOS (Esta información será verificada)

Descripción	Nombre en la cuenta	Institución Financiera y Dirección	Número de Cuenta	Equilibrio
Hipoteca				
Préstamo de coches				
Tarjetas de Crédito				
Otro				

CERTIFICO que la información dada es verdadera y exacta A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA. VOY A SOLICITAR CUALQUIER ESTADO, FEDERAL O ASISTENCIA LOCAL PARA QUE PUEDO SER ELEGIBLE PARA AYUDAR A PAGAR POR ESTE PROYECTO DE LEY DE HOSPITAL. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN DADA PUEDE SER VERIFICADO POR EL HOSPITAL, Y AUTORIZO EL HOSPITAL PARA ENTRAR EN CONTACTO CON TERCEROS verifify LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD. ENTIENDO QUE SI SABIENDAS dar información imprecisa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier ayuda financiera concedida ME PUEDE SER INVERTIDO Y SERÉ RESPONSABLE DEL PAGO DEL HOSPITAL O DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Autorizo la liberación de información a Marianjoy, Inc. para la verificación de empleo, financiera y otra información contenida en el presente documento. Además, reconozco que he hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para asistir al hospital para determinar si yo / el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Firma del Paciente / Garante / Cónyuge Fecha
Admisiones / PFS Fecha Representante

USO DE LA OFICINA

Recomendaciones: _____

Pago mensual: \$ _____ Primer Pago Por: _____

Aprobado Rechazado

Comentarios Fecha

Firma del Director VP Firma

26W171 Roosevelt Road · · Wheaton IL · 60187 · 630-462-4000 · www.marianjoy.org
Marianjoy es patrocinado por las Hermanas Franciscanas de Wheaton