



# Anderson Hospital

Fecha:

Asunto: Cuenta(s):

Estimado Paciente,

**ES POSIBLE QUE USTED SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:** Llenar esta solicitud ayudará a Anderson Hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuentos o beneficiarse de otros programas públicos que le puedan ayudar a pagar por su cuidado de salud. Por favor, envíe esta solicitud al hospital.

**SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** Sin embargo, el Número de Seguridad Social se requiere para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere el número de Seguridad Social, pero éste le ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Por favor llene este formulario y entréguelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax, para solicitar atención gratuita o con descuento en un plazo de menos de 60 días después de la fecha del alta o recibo de atención como paciente externo.

Adjunta se encuentra la Solicitud de Ayuda Económica para pedir ayuda económica de Anderson Hospital. Por favor, llénela y devuélvala en el sobre incluido antes de dos (2) semanas después de la fecha de servicio.

Es necesario incluir prueba de ingreso (copias) de todas las personas que viven en su hogar para procesar esta solicitud. Por favor use la siguiente lista de comprobación e incluya toda la información pertinente:

- Prueba de ingreso: Los tres (3) últimos comprobantes de cheques de pago, la declaración federal de impuestos del año pasado y los W-2
- Los últimos dos (2) estados de cuentas corrientes, de ahorros, de acciones, bonos, anualidades, etc.
- Cualquier otra información que solicite Anderson Hospital (por ej. Carta de rechazo de Medicaid si se aplica)

Si no rindió declaración de impuestos o si necesita una copia de su declaración, por favor comuníquese con el Servicio de Rentas Internas (IRS) y pida el formulario 4506-T. También puede conseguirlo llamando al IRS al 1-800-829-1040 o visitando el sitio web del IRS <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf> desde donde podrá descargar este formulario. También puede visitar *Patient Access* en Anderson Hospital y le ayudaremos a llenar el formulario y enviarlo por fax directamente al IRS. Una vez que reciba la información del IRS, por favor devuelva los documentos recibidos con la solicitud de ayuda económica con toda la información pertinente en el sobre suministrado.

El hecho de llenar la solicitud de ayuda económica con los documentos requeridos es una manera de reconocer su esfuerzo de buena fe al proveer toda la información necesaria para ayudar al hospital a determinar si es elegible o no para recibir ayuda económica.

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los consejeros financieros de *Patient Access* al 618-391-6920.**

Atentamente,

Anderson Hospital



6800 STATE ROUTE 162  
MARYVILLE, IL 62062-1000  
1-877-444-6382

Anderson Hospital  
6800 State Route 162  
Maryville, IL 62062

Solicitud de Ayuda Económica

Número(s) de cuenta(s) si lo(s) sabe: \_\_\_\_\_

**1. Información del paciente**

Apellido                      Nombre                      Inicial                      Número de Seguridad Social                      Fecha de nacimiento

Dirección:                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Dirección postal                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Teléfono de la casa y móvil                      Teléfono del trabajo                      Correo electrónico

¿Cuánto tiempo hace que vive en esta dirección? \_\_\_Años \_\_\_\_\_Meses

Si hace menos de seis (6) meses que viven en la dirección actual, por favor presente prueba de residencia (facturas de servicios públicos, contrato de alquiler, hipoteca, etc.)

Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Unión civil

**2. Persona responsable de pagar la factura (garante, pareja o cónyuge)**

Apellido                      Nombre                      Inicial                      Número de Seguridad Social                      Fecha de nacimiento

Dirección si es diferente a la del paciente                      Teléfono de la casa y móvil                      Teléfono del trabajo

Nombre de la compañía de seguro                      Fecha de efectividad

**Por favor indique TODAS las personas que viven en la casa, incluyendo el solicitante:**

NOMBRE	PARENTESCO CON EL PACIENTE	EDAD	No. SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE DEL DOCTOR

4. ¿Es esta solicitud para servicios pasados o futuros?                      Fechas de servicio: \_\_\_\_\_

Pasados  Futuros

5. ¿Era usted residente de Illinois a la fecha de atención?                       Sí  No

6. ¿Ha llenado una Solicitud de Ayuda Económica de Anderson Hospital en el último año?                       Sí  No

7. ¿Fue elegible durante el año pasado para recibir beneficios de Medicaid?                       Sí  No

8. ¿Recibió el año pasado estampillas de alimentos, WIC o ayuda para la energía?                       Sí  No

9. ¿Está desempleado en este momento?                       Sí  No

Por favor, marque todos los que apliquen:

Incapacitado para trabajar  Problemas de salud  Estudiante  Lesionado  Cesante del trabajo  Jubilado

10. ¿Se encuentra incapacitado para trabajar o ir a la escuela debido a impedimento físico?  Sí  No Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la condición o el diagnóstico del impedimento? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo hace que está incapacitado? \_\_\_\_\_

11. Por favor indique si algún miembro del hogar está cubierto por alguno de los siguientes:  Seguro de salud  Medicare  
 Medicare Parte D  Suplemento de Medicare  Medicaid  Beneficios de Veteranos ¿Cuál(es) miembro(s) \_\_\_\_\_

12. ¿Está divorciado o separado o ha sido parte en un proceso de disolución en el que su cónyuge o pareja anterior es responsable económicamente de su atención médica según el acuerdo de disolución o separación?  Sí  No

13. ¿Estuvo usted envuelto en algún presunto accidente?  Sí  No

14. ¿Ha sido víctima de algún presunto crimen?  Sí  No

**SI REÚNE LOS PRESUNTOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE ANDERSON HOSPITAL, SE LE AVISARÁ POR ADELANTADO QUE NO SE LE REQUIERE LLENAR LAS PARTES DE ESTA SOLICITUD SOBRE INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES.**

15. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR	SOLICITANTE	CÓNYUGE/PAREJA (Si se aplica)
<b>NOMBRE del miembro del hogar:</b>	_____	_____
<b>Nombre del empleador:</b>	_____	_____
<b>Dirección del empleador:</b>	_____	_____
<b>No. de teléfono del empleador:</b>	_____	_____
<b>Ingreso bruto mensual de:</b>		
Empleo: Empleo	\$ _____	\$ _____
independiente:	\$ _____	\$ _____
Indemnización laboral	\$ _____	\$ _____
Bienes raíces:	\$ _____	\$ _____
Desempleo: (desde ____ / ____ / ____)	\$ _____	\$ _____
Jubilación (Seg. Social, Pensión):	\$ _____	\$ _____
Pensión de veteranos, incapacidad:	\$ _____	\$ _____
Incapacidad privada:	\$ _____	\$ _____
Ayuda Temporal Para Familias	\$ _____	\$ _____
Necesitadas: (TANF) Pensión alimenticia/ Manutención de hijos:	\$ _____	\$ _____
Ayuda pública/Estampillas de alimentos: Otro ingreso:	\$ _____	\$ _____
<b>Cuentas corrientes, de ahorros, inversiones: Saldos en cuentas</b>	\$ _____	\$ _____
Corrientes: Saldos en cuentas de ahorros o certificados de depósito (CD)	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401K, Acciones, Fondos Mutuos:		
Cuentas de ahorros de salud/Gastos Flexibles	\$ _____	\$ _____
Otro, especifique: _____		

Otro: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Automóvil: Año, marca, modelo \_\_\_\_\_  
Vehículo de recreo: (RV) Año, marca, modelo \_\_\_\_\_

**16.GASTOS DEL HOGAR**

Alquiler mensual \$ \_\_\_\_\_ O hipoteca mensual \$ \_\_\_\_\_ Saldo del préstamo de hipoteca \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna propiedad además de su residencia principal?  Sí  
 No

Si la respuesta es afirmativa, indique el valor \$ \_\_\_\_\_ Saldo de hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Si la otra propiedad es un negocio, indique la dirección: \_\_\_\_\_

Pago mensual del préstamo \_\_\_\_\_ Pagadero a: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_

**Pagos mensuales:**

Servicios públicos:	\$ _____ Seguro(Auto/Vida/Propiedad)	\$ _____ Otro: _____	\$ _____
Pensión alimenticia/	\$ _____ Seguro de salud	\$ _____ Otro: _____	\$ _____
Manutención de hijos:	\$ _____ Facturas de atención de salud	\$ _____ Otro: _____	\$ _____
Cuidado infantil			
Subsistencia (gas, alimentos, ropa) \$		\$ _____ Otro: _____	\$ _____
_____ Medicament			

os

**17. OTRA INFORMACIÓN DE APOYO**

Por favor describa su situación personal y las razones por las que solicita ayuda:

---



---



---



---



---



---



---



---

Si su solicitud de ayuda económica muestra que no tiene ningún tipo de ingreso, por favor describa cómo paga sus gastos diarios de subsistencia tales como vivienda, alimentos, ropa, etc.

---



---



---



---



---



---

**18. DOCUMENTACIÓN NECESARIA Y ASIGNACIÓN DE DERECHOS *Lea con cuidado***

Debe presentar copias de los documentos siguientes con la solicitud.

**Documentación necesaria**

- \_\_\_\_\_ Prueba de ingreso: Los tres (3) últimos comprobantes de cheques de pago, la declaración federal de impuestos del año pasado y las W-2.
- \_\_\_\_\_ Los últimos dos (2) estados de cuentas corrientes, de ahorros, de acciones, bonos, anualidades, etc.
- \_\_\_\_\_ Cualquier otra información que solicite Anderson Hospital (por ej. Carta de rechazo de Medicaid si se aplica)

Certifico que la información en esta solicitud es cierta y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura de hospital. Entiendo que la información suministrada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas suministro información falsa en esta solicitud, no seré elegible para ayuda económica y cualquier ayuda que se me haya dado podrá ser revertida y seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Por favor, devuelva la solicitud llena y todos los documentos a: Anderson Hospital, Patient Financial Services, 6800 State Route 162, Maryville, IL 62062

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-solicitante

Fecha

Por favor, devuelva la solicitud antes del: \_\_\_\_\_