

Fecha: _____



LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Solicitud de ayuda económica

Para ayudarnos a determinar si usted reúne los requisitos para recibir ayuda económica, complete y devuelva la solicitud adjunta, así como copias de los documentos que se indican a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ingreso anual de la familia: _____

No. de historia clínica o de cuenta del hospital _____ Estado civil: _____

Número de personas que son dependientes legales, residan o no en el hogar: _____

Información del paciente o fiador:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____ Teléfono: (____) _____

_____ Teléfono celular (____) _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

____ Tiempo completo ____ Tiempo parcial

Residencia primaria o legal (fiador)

Domicilio: _____

Gastos mensuales:

Gastos de manutención: \$ _____ Hipoteca/alquiler/alimentos/servicios públicos, etc. ____ Propio
____ Alquiler ____ Otros

Pagos a plazos: \$ _____ Auto/crédito/préstamos, etc.

Otros gastos: \$ _____ Primas de seguro/cuidados infantiles, etc.

Gastos de atención médica reembolsados en los últimos 12 meses: \$ _____

Cuentas de cheques/ahorros

Saldo de la cuenta de cheques: \$ _____ Ahorros: \$ _____

Otros bienes monetarios con valor en efectivo: \$ _____ 401K/acciones/certificados de depósito/seguro de vida, etc.

Complete las preguntas siguientes:

¿Ha solicitado algún programa médico patrocinado por el gobierno (aunque se lo hayan denegado) en los últimos 6 meses? SÍ/NO

¿Algunos de los servicios están relacionados con un accidente? SÍ/NO

¿Es usted el beneficiario de algún fondo fiduciario/herencia? SÍ/NO

¿Está usted pagando o posee algún bien inmueble aparte de su residencia principal? SÍ/NO

Si respondió SÍ a alguna de estas preguntas, explique:

Se necesitan los siguientes comprobantes para los miembros de la familia.

- * Tres de los talones de pago más recientes u otro comprobante de ingreso.
- * La declaración de impuestos federales, anexos y formularios W-2 más recientes de todos los miembros de la familia.
- * Carta de concesión de Seguro Social (ingreso o discapacidad).
- * Estado de cuenta de cheques y ahorros más reciente (no se aceptan estados de cuenta bancarios en línea; se deben incluir todas las páginas del estado de cuenta y explicar los depósitos).
- * Licencia de conducir u otra identificación emitida por el estado.
- * Carta de concesión de beneficios de compensación por desempleo.
- * Declaración de alojamiento y comida, alquiler, arrendamiento o hipoteca.

Entiendo que la determinación de elegibilidad afectará sólo la parte que adeude a la fecha de recibo de la solicitud completada, y que esa determinación se hace a criterio exclusivo del Loyola University Medical Center.

La determinación de esta solicitud se demorará o denegará si no se proporciona toda la información requerida en el momento de presentar la solicitud.

Con su firma, usted conviene en que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta a su leal saber y entender. Usted entiende que Loyola University Medical Center conservará esta solicitud y toda la documentación que se entregue, sea o no aprobada. Además, usted autoriza que el Loyola University Medical Center verifique su historial de crédito y haga toda las investigaciones necesarias para completar el proceso de solicitud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Envíe la solicitud y todos los comprobantes en un plazo de treinta (30) días hábiles.
ES POSIBLE QUE LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SEAN PROCESADAS.

Enviar a: Loyola University Medical Center, Business Service Administration
Mulcahy Building-First Floor Rm 1538-B
2160 South First Avenue, Maywood, IL 60153

Si tiene más preguntas o si necesita ayuda para completar la solicitud, llame al siguiente número.

Departamento de Servicios Financieros al Paciente Tel.: 800-424-4840
(Patient Financial Services Department)