



**Fecha:** \_\_\_\_\_

**LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
Solicitud de ayuda económica**

**Gracias por elegir el Loyola University Medical Center para sus servicios de atención médica. 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.**

- **Importante: ES POSIBLE QUE USED PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** Al completar esta solicitud, el Loyola University Medical Center determina si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Presente esta solicitud al hospital.
- **SI NO TIENE SEGURO, NO ES NECESARIO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** No obstante, se necesita un número de Seguro Social para ciertos programas públicos, como Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de Seguro Social, pero ayuda al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para algún programa público.
- **Complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo regular, correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento, en los 60 días después de la fecha del alta o de recibir atención como paciente ambulatorio.**
- **El paciente reconoce que hizo un intento de buena fe para proporcionar toda la información de la solicitud a fin de asistir al hospital para determinar si tiene derecho a recibir ayuda económica.**
- **Nota: Si el paciente cumple los criterios presuntos de elegibilidad del Loyola University Medical Center ya sea según lo descrito en la política de Elegibilidad presunta del establecimiento o de otro modo para recibir ayuda económica debido al ingreso familiar, no estará obligado a completar la sección GASTOS MENSUALES de esta solicitud.**
- **La determinación de elegibilidad afectará sólo la parte que usted adeude a la fecha de recibo de la solicitud completada, y 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.**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social del paciente (no es necesario si el paciente no tiene seguro): \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Estuvo involucrado en un supuesto delito o accidente?      SÍ/NO

¿Era residente de Illinois en el momento de recibir servicios de Loyola?      SÍ/NO

Nota: Si el fiador del paciente es su cónyuge o pareja, o si en el caso de un paciente menor de edad el fiador es el padre, la madre o el tutor del menor, incluya a continuación el nombre, domicilio y número de teléfono del fiador.

Nombre del fiador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del fiador: \_\_\_\_\_

Domicilio del fiador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA O LA UNIDAD FAMILIAR:**

Número de personas en la unidad familiar del paciente: \_\_\_\_\_

Número de personas que dependen del paciente: \_\_\_\_\_

Edades de los dependientes del paciente: \_\_\_\_\_

**INGRESO DE LA FAMILIA E INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO:**

¿El paciente o el cónyuge, pareja, padres o tutores del paciente (en el caso de menores de edad) tienen empleo actualmente? SÍ/NO

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información para cada empleador (nombre, domicilio y teléfono). Adjunte más hojas según lo necesite.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_ Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Si está divorciado o separado, ¿su cónyuge o pareja tiene la responsabilidad económica de la atención médica del paciente de acuerdo con un acuerdo de disolución del vínculo o separación? SÍ/NO

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proporcione el ingreso bruto mensual del paciente proveniente de cualquiera de las fuentes siguientes. Incluya los casos en los que el cónyuge, pareja, padre, madre o tutor sea el fiador del paciente:

Salarios: \_\_\_\_\_

Empleo por cuenta propia: \_\_\_\_\_

Compensación por desempleo: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Discapacidad de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Pensión de veterano: \_\_\_\_\_

Discapacidad de veterano: \_\_\_\_\_

Seguro privado por discapacidad: \_\_\_\_\_

Compensación al trabajador: \_\_\_\_\_

Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF): \_\_\_\_\_

Ingresos de jubilación: \_\_\_\_\_

Manutención infantil, pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge: \_\_\_\_\_

Otro ingreso: \_\_\_\_\_

INGRESO BRUTO MENSUAL TOTAL: \$ \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SEGURO O BENEFICIOS:**

Enumere todo seguro médico privado o seguro patrocinado por el Gobierno (como Medicare, Medicaid o Administración de Veteranos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es sí, enumere los programas: \_\_\_\_\_

¿Dejó algún trabajo en los últimos 30 días? SÍ/NO

Si la respuesta es sí, ¿reúne los requisitos para recibir beneficios de COBRA? SÍ/NO

Si la respuesta es sí:

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS Y EL VALOR ESTIMADO DE LOS RECURSOS:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marque todo lo que corresponda y enumere              | Valor actual de cada recurso: _____              |
| <input type="checkbox"/> Bienes inmuebles, como casa o residencia              | Valor actual (todos los bienes inmuebles): _____ |
| <input type="checkbox"/> Automóviles u otros vehículos                         | Valor actual (todos los vehículos): _____        |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques y ahorros                          | Valor actual (todas las cuentas): _____          |
| <input type="checkbox"/> Acciones  | Valor actual: _____                              |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito                              | Valor actual: _____                              |
| <input type="checkbox"/> Fondos de inversión                                   | Valor actual _____                               |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros o de gastos flexibles para la salud | Valor actual: _____                              |

**VALOR TOTAL** \$ \_\_\_\_\_

**ES POSIBLE QUE EL LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER LE EXIJA PRESENTAR DOCUMENTACIÓN PARA VERIFICAR EL VALOR DE SUS RECURSOS. LA DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE PUEDE INCLUIR ESTADOS DE CUENTA DE INSTITUCIONES FINANCIERAS O TERCEROS SIMILARES QUE VERIFICAN LA VALUACIÓN DE LOS RECURSOS.**

**GASTOS MENSUALES CALCULADOS:**

Indique el gasto mensual calculado de lo siguiente:

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| Vivienda            | _____ |
| Servicios públicos  | _____ |
| Alimentos           | _____ |
| Transporte          | _____ |
| Cuidados infantiles | _____ |
| Préstamos           | _____ |
| Gastos médicos      | _____ |
| Otros gastos        | _____ |

**GASTO MENSUAL TOTAL** \$ \_\_\_\_\_

## **CERTIFICACIÓN:**

**Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré toda asistencia estatal, federal o local a la que pueda tener derecho para ayudar a pagar esta cuenta de hospital. Entiendo que la información suministrada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital para que contacte a terceros a fin de verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no tendré derecho a ayuda económica, se revocará toda ayuda que se me haya concedido y tendré la responsabilidad de pagar la cuenta del hospital.**

Firma del paciente o de su fiador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA:**

Para verificar el ingreso familiar, proporcione uno (1) de los documentos siguientes para el paciente o fiador y para cada miembro de la unidad familiar del paciente o fiador:

- Una copia de la declaración de impuestos sobre la renta más reciente con anexos Una copia del formulario W-2 y formularios 1099 más recientes
- Si se le paga en efectivo, una carta del empleador que indique el importe semanal pagado
- Carta de concesión de Seguro Social (ingresos o discapacidad) o carta de concesión de compensación por desempleo
- Copias de los dos (2) talones de pago más recientes solo si no pudo presentar uno de los documentos anteriores

Para verificar la residencia del paciente, proporcione uno (1) de los siguientes documentos:

- Tarjeta de identificación válida emitida por el estado (como licencia para conducir) Recibo del alquiler o arrendamiento
- Factura reciente de servicios públicos residenciales Tarjeta de registro del vehículo
- Tarjeta de registro de elector
- Correspondencia enviada al paciente a un domicilio de Illinois y remitida por una fuente del Gobierno u otra fuente fidedigna
- Una declaración de un miembro de la familia del paciente que resida en el mismo domicilio que el paciente y que presente una verificación válida de la residencia del paciente
- Una carta de un albergue para personas sin hogar, vivienda de transición u otro establecimiento similar que verifique que el paciente reside ahí

**Envíe la solicitud y todos los documentos comprobatorios necesarios en un plazo de sesenta (60) días hábiles.**

**\*\*\*ES POSIBLE QUE LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SEAN PROCESADAS.\*\*\***

Enviar a: Loyola University Health System,  
Patient Financial Services Department  
Two Westbrook Corporate Center, 7th Floor  
Westchester, Illinois 60154

Fax: 708-216-2237

Dirección de correo electrónico: [LOY-FinancialAssist@lumc.edu](mailto:LOY-FinancialAssist@lumc.edu)

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

Departamento de Servicios Financieros al Paciente

Teléfono: 800-424-4840 (Patient Financial Services Department)