

Solicitud de ayuda económica

SIU Medicine & SIU Center of Family Medicine

PO Box 19651, Springfield, Illinois 62794-9651

Teléfono: 217-545-8000 Fax: 844-470-2488 Correo electrónico: patientfinancialassistance@siumed.edu

Información de la parte responsable:			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)			
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
* Raza:	* Etnia:	* ¿Es un Veterano? (marque con un círculo) Sí/No	* ¿Vive en una vivienda pública? (marque con un círculo) Sí/No
Domicilio (ciudad, estado, código postal):			

* Indica la información que debe recopilar el Gobierno Federal

Miembros del hogar/dependientes (usted, su cónyuge, si está casado, su pareja concubina y sus dependientes fiscales)		
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Elegibilidad presunta:

¿Alguna parte de la información que se presenta a continuación se aplica a la parte responsable/solicitante? Marque todas las opciones que correspondan. Incluya documentación/verificación si marca SÍ en cualquiera de las siguientes opciones:

- ☐ Desamparado: albergue
- ☐ Fallecido sin patrimonio
- ☐ Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos que satisfagan necesidades médicas
- ☐ Encarcelado en una institución penal
- ☐ Inscrito en el Programa de apoyo para alquiler de viviendas de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- ☐ Inscrito en la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- ☐ Programa de nutrición para mujeres, infantes y niños (WIC)
- ☐ Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- ☐ Programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP)

Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, firme la solicitud y envíela junto con los documentos de respaldo a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de fax que figuran anteriormente. No es necesario continuar para completar la parte restante de la solicitud. También se puede presentar en cualquier mostrador de registro de SIU Medicine o SIU Center for Family Medicine.

Seguro/cobertura de responsabilidad civil:	
¿El solicitante o la parte responsable está cubierto por alguna póliza de seguro que sería responsable de sus facturas médicas (Medicare, Medicaid, beneficios para veteranos, póliza pagada por el empleador, póliza de seguro automovilístico o compensación laboral)? En caso afirmativo y si no se han presentado las facturas, proporcione esta información:	
Nombre del titular de la póliza (nombre, inicial del segundo nombre, apellido):	
Compañía de seguro:	Número de reclamación/póliza:

Información laboral:		
Nombre del empleador:	Domicilio del empleador:	
Miembro del hogar empleado:	Cargo	Fecha de empleo:
Sueldo/salario por hora:	Ciclo de pago: (marque uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual = <input type="checkbox"/> Anual	
Nombre del empleador:	Domicilio del empleador:	
Miembro del hogar empleado:	Cargo	
Sueldo/salario por hora:	Ciclo de pago: (marque uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

Información de ingresos: (complete todo lo que corresponda)				
Fuente	Miembro del hogar	Monto	Miembro del hogar	Monto
Discapacidad/seguro social				
Trabajo por cuenta propia				
Subsidio por desempleo				
Manutención del cónyuge/de los hijos				
Anualidades/dividendos/intereses				
Ingresos por pensiones				
Ingresos de otras fuentes				

Información de activos: (complete todo lo que corresponda)			
<i>Esto incluye: efectivo, cuentas corrientes y de ahorros, cuentas de ahorros para la salud (HSA), cuentas de ahorros flexibles (FSA), acciones y bonos.</i>			
Tipo de activo	Miembro del hogar	Monto	Banco/descripción

Entiendo que esta información se utilizará solo para determinar la responsabilidad financiera de mis cargos en SIU Medicine y SIU Center for Family Medicine, y se mantendrá confidencial. Con mi firma, autorizo a SIU Medicine y SIU Center for Family Medicine a verificar cualquier información proporcionada en este formulario. Según mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. En caso de que SIU Medicine descubra que la información proporcionada es falsa o incorrecta, nos reservamos el derecho de reconsiderar la decisión.

Firma del solicitante/parte responsable: _____ Fecha: _____

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETADA Y TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA DENTRO DE LOS 15 DÍAS. SI NO SE ADJUNTA LA DOCUMENTACIÓN ADECUADA, NO SE PODRÁ TRAMITAR LA SOLICITUD Y SE SOLICITARÁN DOCUMENTOS ADICIONALES.

Cuando se envía información de salud privada o información financiera a través de correo electrónico no cifrado, puede haber riesgo de interceptación o acceso a la información por parte de un tercero. Si envía esta información a SIU Medicine mediante un correo electrónico no cifrado, usted reconoce el riesgo potencial de exposición del contenido del correo electrónico a un tercero.