

Asistencia financiera

Asistencia

Como institución de atención médica, nos enorgullecemos de ofrecer una atención de calidad y reconocemos las necesidades financieras de nuestra comunidad. Para garantizar a nuestros pacientes la mejor atención, Morris Hospital ofrece asistencia a aquellos pacientes y familiares que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que reciben.

Información general

ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON

DESCUENTO: Llenar y enviar la solicitud a Morris Hospital ayudará a determinar si usted puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a cubrir sus necesidades de atención médica.

Elegibilidad

La elegibilidad para la asistencia financiera se determina principalmente para el paciente según los ingresos y el tamaño de la familia.

***El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información pedida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera.**

****El paciente puede calificar automáticamente para los criterios de elegibilidad establecidos en la Sección 4500.40 en virtud de los ingresos familiares del paciente; el paciente no estará obligado a llenar las partes de la solicitud.**

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO.

Sin embargo, se requiere un Número de Seguro Social para ayudar en algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un Número de Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si califica para los programas públicos.

Junto con la solicitud, proporcione copias de los siguientes documentos para verificar los ingresos familiares.

- La declaración de impuestos más reciente
- Dos talones de pago más recientes
- Verificación de ingresos por escrito del empleador si no puede presentar los talones de pago

Morris Hospital puede pedir documentación adicional para solicitar asistencia financiera.

La solicitud debe llenarse y presentarse en el hospital en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax dentro de los 90 días siguientes a la fecha del alta o de recibo de la atención ambulatoria.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

MORRIS HOSPITAL & HEALTHCARE CENTERS

150 W. High St.

Morris, IL 60450

Teléfono: 815.942.2932

Fax: 815.941.2476

financialassistance@morrishospital.org

Morris Hospital

Asistencia financiera

OFFICE USE ONLY
 RECEIVED: POI TX RTN DNF
 PRESUMPTIVE: SÍ NO
 100% 75% DENIED
 APP EXP. DATE: _____
 DATE RECEIVED: _____
 RECEIVED BY: _____

Información del paciente (ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE MOLDE)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

N.º del Seguro Social: _____

TENGA EN CUENTA: Si el paciente es un menor, indique al padre/madre/tutor como solicitante y solicitante conjunto

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Relación: _____

Dirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ N.º del Seguro Social: _____

Empleador: _____ N.º de teléfono _____

Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente Otro _____

¿Era usted residente de Illinois cuando se le prestó atención en Morris Hospital? SÍ NO

¿Estuvo involucrado en un supuesto accidente? SÍ NO

¿Es usted víctima de un presunto delito? SÍ NO

¿Tiene seguro médico? SÍ NO Plan de seguro médico: _____

Cantidad de personas que viven en la dirección indicada arriba: _____

Cantidad de personas que son dependientes del paciente y sus edades: _____

Información opcional

Responder o no responder no tendrá ningún impacto en el resultado de la solicitud

Sexo: Masculino Femenino Idioma preferido: Inglés Otro _____

Raza: Blanco Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Otro _____

Información financiera e ingresos

	Cantidad/Frecuencia del paciente	Cantidad/Frecuencia del cónyuge/pareja/tutor
Salario/desempleo/indemnización	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
SS/SSI/SSD	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Manutención de los hijos/pensión de alimentos	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
VA: Pensión, discapacidad, beneficio	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Discapacidad	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Jubilación, pensión	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Ayuda/Asistencia pública	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Cantidad en cuenta corriente/ahorros	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Otros ingresos: _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la ayuda.

Firma: _____ Fecha: _____