

Por favor llene esta solicitud y entréguela en cualquier sitio Carle en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar asistencia en un plazo de 90 días posteriores a la fecha de salida o de recepción de servicios.

Es necesario que certifique el ingreso bruto anual de su hogar, tamaño de la familia y la residencia. Es su responsabilidad cooperar durante todo el proceso de solicitud. Mientras su solicitud esté pendiente, Carle no intentará cobrar las facturas para las que está solicitando asistencia.

Si desea obtener información adicional o enviar esta solicitud, por favor utilice las siguientes opciones de contacto:

Carle Financial Assistance Program
PO Box 4024 | Champaign, IL 61824-4024
Teléfono: (888) 712-2753 **Fax:** (217) 902-7720
Correo electrónico: FinancialAssistance@Carle.com
Sitio web: carle.org/financialassistance

Carle Financial Assistance Program application, plain language summary, web materials and policies are available in Spanish.

La solicitud del Programa de asistencia Financiera de Carle, resumen en términos sencillos, contenido web y políticas están disponibles en español.

Quejas o dudas acerca del proceso de solicitud de descuento para el paciente sin seguro, o acerca del proceso de asistencia financiera del hospital, pueden ser comunicadas al Departamento del Cuidado de Salud del Procurador General de Illinois a la línea directa gratuita 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Carle Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

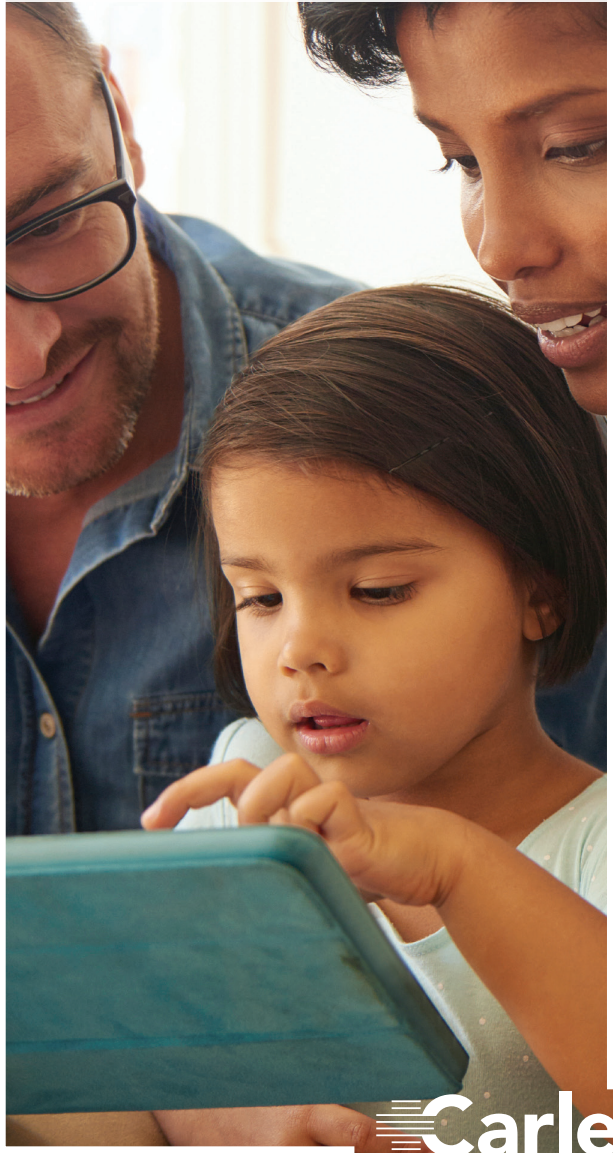
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-217-383-2543.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-217-326-0340.

12205K



Programas de asistencia financiera



Programas de asistencia financiera de Carle
Carle ofrece programas de asistencia financiera para brindar atención con descuento a aquellos que reúnen los requisitos. Las siguientes son algunas pautas generales de los programas:

1. La elegibilidad está basada en el ingreso bruto ajustado de su hogar según lo reportado en la declaración federal de impuestos del año anterior y en el tamaño de la familia. Si usted es declarado como dependiente en la declaración federal de impuestos de otra persona, también deberá presentar la declaración federal de impuestos de esa persona.
2. Aprobaremos y aplicaremos descuentos únicamente después de que todos los pagos de terceros hayan sido recibidos.
3. Antes de otorgar atención con descuento, podríamos pedirle que solicite asistencia pública. El Departamento de Administración de Casos de Carle con gusto podría ayudarle a completar los formularios de solicitud.
4. Los descuentos se otorgarán por un año a partir de la fecha de aprobación.

5. Estos programas ahora están abiertos para pacientes nuevos y existentes que cumplen ciertos requisitos de domicilio,
6. Los pacientes del hospital que no tienen seguro y cumplan con ciertos requisitos podrían ser elegibles para recibir un descuento para personas sin seguro y sus gastos de hospital que califiquen podrían limitarse al 20% de su ingreso bruto anual.
7. El personal de Carle revisará su solicitud y, de ser aprobada, le asignará el programa de asistencia que sea más adecuado para usted.
8. Carle se reserva el derecho de requerir que los pacientes proporcionen información adicional para verificar ingresos y/o bienes.

Completar esta solicitud de asistencia financiera ayudará a Carle a determinar si usted es elegible para servicios gratuitos o con descuento (programa de asistencia financiera de Carle, Programa Regional de Asistencia Financiera de Carle o Programa de Descuento para el Paciente de Hospital sin Seguro de Illinois), o a determinar si puede calificar para otros programas públicos que ayuden a pagar su atención médica.

Programas de asistencia financiera de Carle 2022 (CFAP)				Fecha de entrada en vigor 3/1/2022
Tamaño de la familia	200%	300%	400%	600%
1	\$27,180	\$40,770	\$54,360	\$81,540
2	\$36,620	\$54,930	\$73,240	\$109,860
3	\$46,060	\$69,090	\$92,120	\$138,180
4	\$55,500	\$83,250	\$111,000	\$166,500
5	\$64,940	\$97,410	\$129,880	\$194,820
6	\$74,380	\$111,570	\$148,760	\$223,140
7	\$83,820	\$125,730	\$167,640	\$251,460
8	\$93,260	\$139,890	\$186,520	\$279,780
Agregar por cada persona adicional	\$9,440	\$14,160	\$18,880	\$28,320
Elegibilidad del programa	100% CFAP	CFAP 50% CFAP 50% y CHRHC/ CRMH de IL para el Paciente sin Seguro con limite máximo de ingresos	CAP 40% de los ingresos	CFH/CBMC/CEH Descuento para el Paciente sin Seguro con limite máximo de ingresos

Solicitud para asistencia financiera

PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA DE CARLE · PROGRAMA DE DESCUENTO PARA EL PACIENTE DE HOSPITAL SIN SEGURO DE ILLINOIS

DEMOGRAFÍA	PACIENTE/SOLICITANTE	CÓNYUGE (O PERSONA RESPONSABLE)
Nombre		
Número de Seguro Social ¹		
Fecha de nacimiento		
Raza*		
Etnicidad*		
Sexo*	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
Idioma preferido*		
Dirección	Calle: Estado: C.P.: Calle: Ciudad: Estado: C.P.:	
Dirección de correo electrónico		
Teléfono principal		
Empleador		
Estado civil	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a)	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a)
INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE		
Nombre de la compañía aseguradora:		
Número de póliza de seguro:		
Fecha de entrada en vigencia del seguro:		
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/NÚCLEO FAMILIAR		
¿Cuántas personas dentro de su núcleo familiar declara usted en su Declaración Federal de Impuestos?		
¿Es usted declarado como dependiente en la declaración federal de impuestos de otra persona? ☐ No ☐ Sí, envíe la declaración de impuestos de esa persona junto con su solicitud.		
INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR		
Nombre (s)	Fecha de nacimiento/parentesco	Seguro
REVISIÓN DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD		
Por favor indique si alguna de las siguientes categorías le corresponde a usted. La participación actual en el programa es obligatoria para fines de certificación. Es posible que tenga que brindar los documentos requeridos mencionados abajo. ☐ Sin hogar ☐ Illinois Medicaid ☐ SNAP ☐ WIC ☐ Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) o Township Assistance (asistencia municipal).		
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS		
Si ninguna de las categorías de presunta elegibilidad le corresponde, revise y adjunte a esta solicitud ya llenada la documentación correspondiente para cada persona asalariada en la familia.		
Obligatorio		
1. Copia de la declaración federal de impuestos más reciente que haya presentado o en la que usted haya sido declarado como dependiente de alguien. 2. Copia de los comprobantes de pago más recientes de todos los miembros de la familia empleados, del año en curso y el anterior que muestren los ingresos brutos del año hasta la fecha. 3. Copia de los ingresos y gastos por trabajo autónomo para el año en curso y el anterior. 4. Copia de la carta de aprobación del Seguro Social o de Incapacidad del Seguro Social para el año actual y anterior. 5. Copia de la declaración de desempleo, de aprobación de incapacidad o de aprobación de Compensación a Trabajadores. 6. Copia de la cuenta de gastos médicos flexibles o de los fondos de la cuenta de gastos médicos disponibles. 7. Otra documentación sobre fuentes de ingresos (por ejemplo: manutención de hijos, pensión alimenticia, ingresos por retiro o carta del empleador si se paga en efectivo) 8. Los beneficiarios de la Parte A o Parte B de Medicare también deben brindar estados de cuenta bancarios de cualquier cuenta de cheques, ahorros o inversión. 9. Declaración escrita si no puede proporcionar los documentos requeridos que se mencionan anteriormente.		
VERIFICACIÓN DE BIENES		
Documentación y prueba de bienes: -Estados de cuentas de ahorros y de cheques - Inversiones: certificado de depósito (CD), fondos mutuos, estados de acciones y bonos		
REVISAR Y FIRMAR		
Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pudiera ser elegible para ayudar a pagar esta factura. Entiendo que la información proporcionada podría ser verificada por Carle y autorizo a Carle para contactar a terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa deliberadamente en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera y la asistencia financiera que se me haya otorgado será anulada y seré responsable del pago de la(s) factura(s).		
Firma del solicitante:		Fecha:
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1 Si no está asegurado, no es necesario un número de Seguro Social para calificar para recibir atención gratuita o con descuento. Sin embargo, necesita un número de Seguro Social para algunos programas públicos como Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es obligatorio pero ayudará a Carle a determinar si califica para ingresar en algún programa público. Carle le notificará si su solicitud fue aprobada o rechazada. Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar ante el Gerencia de Administración de Cuentas de pago por cuenta propia en un plazo de 45 días posteriores a la decisión a: Carle Patient Financial Services Attn: Manager - Self Pay Receivables Management, PO Box 4024, Champaign, IL 61824-4024 * Opcional. Ni las respuestas ni la falta de respuestas tendrán impacto alguno en el resultado de su solicitud.		

Carle