

Complete esta solicitud y envíela a cualquier sede de Carle Health en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar asistencia en el plazo de los 90 días posteriores a la fecha de alta o recepción de servicios.

Es necesario que certifique el ingreso bruto anual de su hogar, el tamaño de su familia y la residencia. Es su responsabilidad cooperar durante todo el proceso de solicitud. Mientras la solicitud esté pendiente, Carle Health no cobrará las facturas por las que solicita asistencia.

Si desea obtener información adicional o presentar esta solicitud, utilice la siguiente información de contacto:

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

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

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden reportarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois, línea directa gratuita: (877) 305-5145 (TTY: (800) 964-3013).

La Fundación Carle cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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.

# Programas de asistencia financiera



## Programas de asistencia financiera de Carle Health

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

1. La elegibilidad se basa en el ingreso bruto ajustado de los miembros del hogar, según lo informado en la declaración de impuestos federales del año anterior y en el tamaño de la familia. Si aparece como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona, también deberá presentar la declaración de impuestos federales de dicha persona.
2. Aprobaremos y aplicaremos los descuentos una vez que hayamos recibido todos los pagos de terceros.
3. Antes de otorgar atención con descuento, podemos pedirle que solicite asistencia pública.\*\* En el Departamento de Administración de Casos de Carle Health, estarán encantados de ayudarlo a completar los formularios de solicitud. Para obtener más información sobre cómo solicitar asistencia federal, visite [hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying](https://hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying).
4. Los descuentos se extenderán por un año a partir de la fecha de aprobación. Para seguir recibiendo asistencia financiera, deberá presentar una nueva solicitud cada año.

5. Estos programas están disponibles para pacientes nuevos y existentes que cumplan con ciertos requisitos de residencia.
6. Los pacientes sin seguro del hospital que cumplan con ciertos requisitos pueden calificar para recibir un descuento para pacientes sin seguro, de manera que sus gastos de hospitalización elegibles se pueden limitar a un 20 % de su ingreso bruto anual.
7. El personal de Carle Health revisará su solicitud. En caso de que se apruebe, le corresponderá el programa de asistencia que sea más adecuado para usted.
8. Carle Health se reserva el derecho de solicitarles a los pacientes información adicional para verificar sus ingresos y/o sus bienes.

Completar esta solicitud de asistencia financiera ayudará a Carle Health a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuentos (Programa de Asistencia Financiera de Carle Health , Programa de Asistencia Financiera de Carle Health Regional o Programa de Descuento para Pacientes sin Seguro de Illinois Hospital), o a determinar si puede calificar para otros programas públicos para ayudar a pagar su atención médica.

\*\*No se aplica a los pacientes que solicitan atención en ubicaciones designadas de Salud Rural.

Programas de Asistencia Financiera de Carle Health (CFAP) 2025				Fecha de entrada en vigencia: 1/3/2025
Tamaño de la familia	200 %	300 %	400 %	600 %
1	\$31,300	\$46,950	\$62,600	\$93,900
2	\$42,300	\$63,450	\$84,600	\$126,900
3	\$53,300	\$79,950	\$106,600	\$159,900
4	\$64,300	\$96,450	\$128,600	\$192,900
5	\$75,300	\$112,950	\$150,600	\$225,900
6	\$86,300	\$129,450	\$172,600	\$258,900
7	\$97,300	\$145,950	\$194,600	\$291,900
8	\$108,300	\$162,450	\$216,600	\$324,900
Agregar por cada persona adicional	\$11,000	\$16,500	\$22,000	\$33,000
Elegibilidad del programa	100 % CFAP	50 % CFAP y Máximo del Programa de Descuento para Pacientes sin Seguro de IL Hospital	CAP del 40 % de los ingresos	Máximo del Programa de Descuento para Pacientes sin Seguro de IL Hospital

# Solicitud de asistencia financiera

PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA DE CARLE HEALTH · PROGRAMA DE DESCUENTO PARA PACIENTES SIN SEGURO DE ILLINOIS HOSPITAL

DEMOGRAFÍA	PACIENTE/SOLICITANTE	CÓNYUGE (O PERSONA RESPONSABLE)
Nombre		
Número de seguro social <sup>1</sup>		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		
Raza*		
Etnia*		
Sexo*		
Idioma preferido*		
Dirección	Calle: Ciudad:Estado:Código postal:	Calle: Ciudad:Estado:Código postal:
Dirección de correo electrónico		
Tipo/número de teléfono principal	<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa
Empleador		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

Nombre de la aseguradora:

Número de póliza del seguro:

Fecha de entrada en vigencia del seguro:

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/NÚCLEO FAMILIAR

¿Cuántas personas declaradas en su declaración federal de impuestos son miembros de su núcleo familiar?

¿Está usted como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona? ☐ No ☐ Sí, presente su declaración de impuestos junto con su solicitud.

INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Nombres	Fecha de nacimiento	Seguro

REVISIÓN DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD

Indique si le corresponde alguna de las siguientes categorías. La participación actual en el programa es obligatoria a los fines de certificación. Es posible que deba proporcionar los documentos requeridos que se enumeran a continuación.

☐ Personas sin hogar ☐ Medicaid de Illinois ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés) ☐ Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) o Asistencia Municipal

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS

Si no corresponde ninguna de las categorías de presunta elegibilidad, revise y adjunte la documentación correspondiente para cada asalariado de la familia junto con esta solicitud completa.

- Obligatorio
- Copia de la declaración de impuestos federal más reciente que haya presentado o en la que esté declarado como dependiente de alguien.
  - Copia de los talones de pago más recientes de todos los miembros de la familia empleados durante el año en curso y el anterior, en el que se muestren los ingresos brutos del año hasta la fecha.
  - Copia de los ingresos y gastos por trabajo autónomo para el año en curso y el anterior.
  - Copia de la carta de adjudicación del seguro social o del seguro social por discapacidad para el año actual y anterior.
  - Copia de la declaración de desempleo, del subsidio por discapacidad o de la concesión de indemnización laboral.
  - Copia de la cuenta de gastos médicos flexibles o de los fondos de la cuenta de gastos médicos disponibles.
  - 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).
  - Los beneficiarios de las Partes A o B de Medicare también deben proporcionar extractos bancarios actuales de cualquier cuenta corriente, de ahorros o de inversión.
  - Declaración escrita si no puede proporcionar los documentos requeridos que se mencionan anteriormente.

VERIFICACIÓN DE ACTIVOS

Documentación y comprobante de activos:

- Estados de cuenta corriente y de ahorros.
- Inversiones: certificados de depósito (CD, por sus siglas en inglés), fondos mutuos, acciones y bonos.

Revisar y firmar

Certifico que la información incluida en esta solicitud es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura. Entiendo que es posible que Carle Health verifique la información que se proporciona y autorizo a Carle Health a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información que se proporciona en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendase en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, la asistencia financiera que se me otorgara será anulada y seré responsable del pago de las facturas.

Firma del solicitante:

Fecha:

INFORMACIÓN IMPORTANTE

<sup>1</sup> Si no está asegurado, no necesita un número de seguro social para reunir los requisitos a fin de recibir atención gratuita o con descuento. Sin embargo, necesita un número de seguro social para reunir los requisitos para algunos programas públicos, como Medicaid. Proporcionar un número de seguro social no es obligatorio, pero ayudará a Carle Health a determinar si califica para ingresar en algún programa público. Carle Health le notificará si se aprobó o denegó su solicitud. Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla ante el gerente de Administración de Cuentas por Pagar por Cuenta Propia en el plazo de los 45 días posteriores a la decisión a la siguiente dirección: Carle Health Patient Financial Services A/A: Manager - Self Pay Receivables Management, Apartado postal 4024, Champaign, IL 61824-4024

\*Opcional. Las respuestas y la falta de respuestas no afectarán el resultado de la solicitud.

