



Solicitud de asistencia financiera

Carle Health sabe que hay momentos en los que nuestros pacientes no pueden pagar por los servicios prestados. Si necesita ayuda para pagar los servicios médicos, podría ser elegible para recibir asistencia financiera.

Para ver si usted reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, siga cuidadosamente las instrucciones en el interior.

 **Carle**Health

CÓMO REUNIR LOS REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Importante: USTED PODRÍA CONTINUAR RECIBIENDO ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a Carle Health a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica.

Asegúrese de proporcionar la información completa para todas las personas que vivan en su hogar y de completar las tres secciones que se encuentran del lado derecho del formulario. Si no envía la información completa, su solicitud no podrá ser procesada. Toda la información se mantendrá en privado.

Si ya recibe ayuda de un programa estatal (como Cupones de alimentos o el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [Women, Infants, and Children, WIC]), llene la primera página de la solicitud y envíela junto con un comprobante de que usted se encuentra en uno de estos programas, como una notificación de decisión. Además, asegúrese de firmar la última página de la solicitud. Podría reunir los requisitos para la participación automática en nuestro programa.

Al presentar esta solicitud, el paciente reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Proporcionar información sobre su número del Seguro Social

SI USTED NO CUENTA CON UN SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se necesita un número del Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número del Seguro Social no es obligatorio pero ayudará al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para participar en algún programa público.

Cuándo presentar su solicitud de asistencia financiera

Complete este formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 90 días posteriores a la fecha del alta hospitalaria o de recibir atención ambulatoria. NOTA: El hospital puede ampliar el plazo del requisito de completar y enviar este formulario dentro de los 90 días posteriores a la fecha del alta hospitalaria o de recibir atención ambulatoria, pero no puede reducirlo.

Cómo presentar su solicitud

Envíe esta solicitud de una de las siguientes formas:

- Si es por correo postal, a la siguiente dirección:
Central Billing Office, Attn: FA Team
P.O. Box 35758, Des Moines, IA 50315-4205
- Si es por correo electrónico, a: FA_CBO_Request@UnityPoint.org.
- Si es por fax, al: (515) 362-5055. Escriba "FA Application" en la portada del fax.

Asistencia para completar la solicitud

Si tiene alguna pregunta, podemos ayudarle con este formulario.

- Si se encuentra en el hospital, pida ayuda a alguien de Registro de pacientes.
- Si está en su casa o en la clínica, llame al (844) 849-1260.

Notas importantes adicionales

Los miembros de nuestro equipo pueden tratar de averiguar si usted reúne los requisitos para otro tipo de programas de asistencia federal o estatal antes de procesar su solicitud de asistencia financiera de Carle Health.

La asistencia financiera solo está disponible para los servicios necesarios por razones médicas proporcionados por organizaciones y médicos de Carle Health, tal como se indica en nuestra Política de asistencia financiera. Si desea obtener más información sobre esta política, visite carle.org/FinancialAssistance. Si tiene más preguntas acerca de su factura, llame al número de teléfono que aparece en la factura para comunicarse con el hospital, clínica o servicio de atención domiciliar que proporcionó la atención médica.

COMPLETE LAS TRES SECCIONES

1. Envíe información completa y recuerde firmar el formulario: Llene por completo el formulario que se adjunta. Recuerde firmar la parte inferior de la última página. (NOTA: Hay una declaración de consentimiento para Iowa y una por separado para Illinois). Solo tiene que llenar un formulario para todas las personas que viven en su hogar.
2. Comprobante de ingresos de todas las personas que viven en su hogar: Envíe copias de todos los elementos enumerados a continuación que correspondan.
 - ☐ Declaración de impuestos del año pasado.
 - ☐ Si usted es empleado: un recibo de nómina con los ingresos del año hasta la fecha O sus tres últimos recibos de sueldo.
 - ☐ Si usted trabaja por cuenta propia: balance y declaración de ingresos.
 - ☐ Si usted está desempleado: reclamación estatal de desempleo Y recibo de sueldo final de su último trabajo.
 - ☐ Si se le paga en efectivo: se requiere la verificación de ingresos por escrito del empleador.
 - ☐ Carta de monto de pensión mensual.
 - ☐ Carta de monto de ingresos por discapacidad.
 - ☐ Carta de monto de ingresos del Seguro Social.
 - ☐ Comprobante de ingresos por renta.
 - ☐ Comprobante de ingresos por pensión infantil.
 - ☐ Comprobante de ingresos por pensión alimenticia.
 - ☐ Si usted NO tiene ingresos, declaración por escrito de la persona que lo/la mantiene.
3. Proporcione un comprobante de bienes para cada persona que viva en su hogar: Envíe copias de todos los elementos enumerados a continuación que correspondan.
 - ☐ Estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses.

Solicitud de asistencia financiera

Si no se proporciona toda la información, puede haber una demora en el procesamiento de su solicitud.

- ☐ Comprobante de TODOS los ingresos del hogar para personas mayores de 21 años de edad.
☐ Tres meses de estados de cuenta bancaria, cuentas de cheques/ahorros; incluir TODAS las páginas.
☐ Formulario 1040 del año pasado con TODOS los anexos.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)
Dirección _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Teléfono _____
Correo electrónico _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
N.º del Seguro Social _____ Estado civil ☐ S ☐ N

Raza (opcional)
☐ Indio americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco
Origen étnico (opcional) _____
Sexo (opcional) ☐ M ☐ F ☐ Otro _____
Idioma preferido (opcional): _____

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Empleo personal:

Nombre _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)
Dirección _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Teléfono _____
Correo electrónico _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
N.º del Seguro Social _____ Estado civil ☐ S ☐ N

Empleador _____
Dirección _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Teléfono _____
Cargo _____
Situación laboral: ☐ TP ☐ TC Prom. horas semanales _____

CÓNYUGE DE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO

Empleo personal:

Nombre _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)
Dirección _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Teléfono _____
Correo electrónico _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
N.º del Seguro Social _____ Estado civil ☐ S ☐ N

Empleador _____
Dirección _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Teléfono _____
Cargo _____
Situación laboral: ☐ TP ☐ TC Prom. horas semanales _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Detalle a todas las demás personas que vivan en el hogar:

Nombre	Relación	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Segundo empleador de la parte responsable o el cónyuge:

Empleador _____
Dirección _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Teléfono _____
Cargo _____
Situación laboral: ☐ TP ☐ TC Prom. horas semanales _____



Todas las columnas deben completarse.

Carle Health

INGRESOS			
Fuente de ingresos (debe proporcionar documentación)	Cantidad recibida	Con qué frecuencia se recibe	Nombre de la persona que la recibe
Ingreso laboral			
Ingreso laboral			
Seguro Social			
Pensión infantil/Pensión alimenticia			
Pensión/Compl./Desempleo			
Intereses/Dividendos			
Otros (Explique)			

ACTIVOS			
Artículo	Saldo en cuenta	Descripción	*Proporcionar 3 meses de estados de cuenta.
Cuenta de cheques*			
Cuenta de ahorros*			

GASTOS			
Artículo	Cantidad total adeudada	Pagos mensuales	Descripción
Hipoteca			
Alquiler (pago mensual)			
Servicios públicos (electricidad, agua, etc.)			
Comestibles y cuidado infantil			
Facturas médicas			
Pensión alimenticia/Pensión infantil			
Medicamentos recetados			
Préstamos bancarios (personales, préstamos estudiantiles, etc.)			
Seguro (automóvil, salud, etc.)			
Deuda de tarjeta de crédito			
Otros (Explique)			
Total de gastos (Líneas 1-11)			

Consentimientos para la divulgación de información/Declaraciones de certificación

Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible con el fin de ayudar a pagar esta cuenta del hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a comunicarse 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 recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podrá revertirse y yo seré responsable del pago de la cuenta del hospital.

Las quejas o inquietudes relacionadas con el proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden notificarse a la Oficina de Atención Médica del Procurados general de Illinois.

(800) 243-0618 IllinoisAttorneyGeneral.gov/

Firma de la persona que completó el formulario	Fecha
Firma del cónyuge	Fecha

Su solicitud completa y todos los documentos de respaldo* podrán enviarse por:

Correo postal:
Central Billing Office
Attn: FA Team
P.O. Box 35758
Des Moines, IA 50315-4205

***No envíe documentos originales por correo postal. Envíe solamente las copias. Los documentos serán destruidos después de ser digitalizados.**

Correo electrónico: FA_CBO_Request@UnityPoint.org
Fax: (515) 362-5055
Escriba: **"FA Application"** en la portada del fax.

¿Tiene preguntas? Envíe un mensaje de correo electrónico a FA_CBO_Request@UnityPoint.org o llame al (844) 849-1260.