



### Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente	_____		
Dirección	_____		
	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	(    ) _____		
Número de cuenta del paciente	_____		
Fecha de atención	_____	_____	_____
Monto a pagar	_____	_____	_____
Nombre de la persona responsable	_____		
Dirección	_____		
	<small>(Si la información de la dirección es la misma que la del paciente, anote igual)</small>	Ciudad	Estado
Relación con el paciente	_____		

### Proporcionar información sobre el seguro de salud si está cubierto

Nombre de la compañía de seguros	_____		
Dirección	_____		
	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	(    ) _____		
Nombre del suscriptor	_____		
Números de grupo y de póliza	_____		
Fechas de vigencia	_____ / _____ / _____	-	_____ / _____ / _____
	(Ejemplo de mes, fecha, año: 01/27/2018)		

¿Tiene cobertura a través del Departamento de Salud y Servicios a la Familia de Illinois (ayuda pública) o ha solicitado ayuda incluyendo cobertura a través de guarderías infantiles?    Sí     No

¿Cuántos miembros hay en la casa? \_\_\_\_\_

¿Algún adulto de la familia no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad?    Sí     No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

**Identificar a los miembros del hogar que trabajan**

Nombre de los miembros empleados	_____	_____
Ocupación	_____	_____
Ingreso mensual	_____	_____
Años de empleo	_____	_____

**Enumere los nombres y las edades de las personas a cargo a continuación**

¿Cuántos dependientes están siendo mantenidos? \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Nombre del dependiente	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____

*(Use una hoja separada para anotar dependientes adicionales)*

¿Recibe el hogar dinero como resultado de los pagos de manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos del seguro social o cualquier otro ingreso? Sí  No   
Si la respuesta es "Sí", indique la fuente de ingresos y la cantidad mensual en dólares: \$ \_\_\_\_\_

Enumere los problemas médicos o financieros dentro del hogar \_\_\_\_\_

¿Espera recibir pago por los servicios de cualquier otra fuente, incluyendo cobertura por accidente o responsabilidad civil? Sí  No

*Se debe presentar un comprobante de ingresos. Adjunte el formulario de declaración de impuestos más reciente y/o los talones de pago de las últimas 4 semanas. Si recibe beneficios del seguro social o cualquier otro ingreso adicional a los anteriores, adjunte copias.*

Firma del responsable \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del representante del hospital \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Ejemplo de mes, fecha, año: 01/27/2018)