

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por los centros y médicos de Loyola Medicine



LOYOLA
MEDICINE

Gracias por elegir Loyola Medicine como su proveedor de atención médica. Complete la solicitud adjunta y devuélvala a la dirección que aparece a continuación para completar su evaluación de asistencia financiera.

Comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 708-216-5014 opción # 5 de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. CST si tiene preguntas sobre la solicitud o sobre el estado de su solicitud.

Correo: Sistema de Salud de la Universidad Loyola, Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
Two Westbrook Corporate Center, 6th Floor Westchester, Illinois 60154

Fax #: 708-216-5359 **Dirección de correo electrónico:** LOY-FinancialAssist@lumc.edu

Si desea reunirse con un Defensor de Beneficios en persona o entregar su solicitud, visite:

Loyola University Medical Center 2160 South 1st Ave Suite/Room 1911 Maywood, IL 60153	Gottlieb Memorial Hospital 701 W. North Ave Door 4 Entrance Melrose Park, IL 60171	MacNeal Hospital 3249 S Oak Park Avenue Berwyn, IL 60402 1st Floor
--	---	---

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por los centros y médicos de Loyola Medicine

Verificaciones obligatorias			
<input type="checkbox"/> Prueba de ingresos brutos del mes pasado			
<input type="checkbox"/> Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes)			
<input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes)			
<u>Proporcione lo siguiente, si corresponde</u>			
<input type="checkbox"/> W2 reciente para ingresos estacionales			
<input type="checkbox"/> Beneficio de desempleo/carta de denegación			
<input type="checkbox"/> Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria			
<input type="checkbox"/> Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud			
Información del paciente			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Número del Seguro Social/EIN (opcional)	Teléfono celular	Otro teléfono	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	De qué estado es residente?		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____			
Presenta una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, por qué?		Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (proporcione una copia de la tarjeta del seguro)			
Es residente documentado de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes	Fecha de nacimiento	Vínculo con el paciente	Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No)

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por los centros y médicos de Loyola Medicine

Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar					
Fuente de ingresos mensuales	Quién los recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)	Fuente de ingresos mensuales	Quién los recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)
Salarios			Indemnización laboral		
Seguro Social/Discapacidad			Desempleo		
Pensión			Manutención infantil/Pensión alimentaria		
Trabajo por cuenta propia			Ingresos por alquiler de		
Asistencia pública			Otro		
Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo					
<input type="checkbox"/> Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.					
<input type="checkbox"/> Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al _____ (número de teléfono)					
Nombre de la persona que proporciona apoyo				Vínculo con el paciente	
Firma de la persona que proporciona apoyo				Fecha	

VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

O firma del tutor legal (si corresponde): _____ **Fecha:** _____

Vínculo con el paciente: _____ **Fecha:** _____

Por favor envíe su solicitud por correo, fax al 708-216-5359 o envíe un correo electrónico a LOY-FinanciaAssist@LUMC.EDU Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 708-216-5014 Opción #5 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. CST

Si sus servicios de atención médica se recibieron en el estado de Illinois, las inquietudes o quejas con el proceso de solicitud de asistencia financiera o el descuento para no asegurados pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>