

Asistencia financiera

Asistencia

En nuestro rol de institución de atención médica, nos enorgullece la atención de calidad que brindamos y reconocemos las necesidades económicas dentro de nuestra comunidad. Para garantizarles la mejor atención a nuestros pacientes, Morris Hospital proporciona asistencia a aquellos pacientes y miembros de la familia que no pueden pagar parcial o totalmente la atención que reciben.

Información general

ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar y enviar una solicitud a Morris Hospital ayudará a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudar a cubrir sus necesidades de atención médica.

Idoneidad

La idoneidad para recibir asistencia financiera está determinada principalmente para el paciente según el ingreso y el tamaño de la familia.

El paciente reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud, a fin de ayudar al hospital a determinar si el paciente es idóneo o no para recibir asistencia financiera.

El paciente puede calificar automáticamente para criterios de idoneidad presunta establecidos en la Sección 4500.40 en virtud del ingreso familiar del paciente; el paciente no estará obligado a completar las secciones que están fuera de la solicitud

SI NO ESTÁ ASEGURADO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.

Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número de seguro social no es un requisito, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para un programa público.

Junto con la solicitud, tenga a bien proporcionar copias de los siguientes documentos para verificar el ingreso familiar. Es posible que Morris Hospital requiera documentación adicional para solicitar asistencia financiera.

- Declaración fiscal más reciente
- Los dos comprobantes de pago más recientes
- Verificación por escrito de ingresos por parte del empleador si le pagan en efectivo

La solicitud se debe completar y presentar ante el hospital en persona, o enviar por correo, por correo electrónico o por fax, dentro de los 60 días posteriores a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria.

Solicitud de Asistencia Financiera



MORRIS HOSPITAL & HEALTHCARE CENTERS

150 W. High Street

Morris, IL 60450

Fax: 815.941.2476

Teléfono: 815.942.2932

Correo electrónico:

financialassistance@morrishospital.org



N.º de expediente médico del paciente: _____

Información del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

N.º de seguro social: _____

NOTA: Si el paciente es un menor o un estudiante de tiempo completo, nombre a los padres/tutores como solicitantes y cosolicitantes

Nombre de los solicitantes: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Relación: _____

Dirección: _____
Domicilio Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ N.º de seguro social: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente Otro _____

¿Era residente de Illinois cuando Morris Hospital le brindó atención? **SÍ NO**

¿Estuvo involucrado en un presunto accidente? **SÍ NO**

¿Ha sido víctima de un presunto delito? **SÍ NO**

¿Tiene seguro médico? **SÍ NO** Plan de seguro médico: _____

Cantidad de personas que viven en el domicilio mencionado anteriormente: _____

Cantidad de personas que dependen del paciente y edades: _____

Información financiera e ingreso

	Monto del paciente/Frecuencia	Monto del cónyuge, pareja o tutor/Frecuencia
Salario/Desempleo/Indemnización laboral	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Seguro social/Seguridad de ingreso suplementario/Seguro social por incapacidad	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Manutención infantil/Pensión alimenticia	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
VA (Asuntos de Veteranos): Pensión, discapacidad, beneficio	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Discapacidad	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Jubilación, pensión	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Ayuda/Asistencia pública	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Monto en cuenta corriente/cuenta de ahorros	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Otro ingreso:	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

Exención de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son fieles y están completas según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser idóneo para ayudar a pagar esta factura del hospital. Comprendo que es posible que la información proporcionada sea verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que, si en la presente solicitud proporciono información falsa a sabiendas, seré inelegible.

Firma: _____ Fecha: _____