

Evaluación de la asistencia financiera

Teléfono: 314-362-8400 o 855-362-8400 | Correo electrónico: patacct@bjc.org | Fax: 314-747-6977

Importante: **ES POSIBLE QUE SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO.** Cuando complete esta solicitud ayudará a BJC HealthCare a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento o si es elegible para otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica.

SI NO ESTÁ ASEGURADO, NO ES NECESARIO TENER UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, pero el hacerlo ayudará al hospital a determinar si califica para acceder a algún programa público.

Rellene este formulario y envíelo al hospital en persona, por correo a P.O Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, por correo electrónico a patacct@bjc.org o por fax al 314-747-6977 para solicitar atención médica gratuita o con descuento dentro de los 240 días siguientes a la fecha de facturación inicial.

El paciente declara que ha hecho esfuerzos de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si es elegible para recibir asistencia financiera.

Si el paciente es residente de Illinois, no tiene seguro y recibió servicios en Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville o Memorial Hospital Shiloh, las quejas o inquietudes con respecto al proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden ser reportadas a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois en el sitio web <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> o llamando al 877-305-5145.

Evaluación de la asistencia financiera

Teléfono: 314-362-8400 o 855-362-8400 | Correo electrónico: patact@bjc.org | Fax: 314-747-6977

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social del paciente <i>(Opcional, no obligatorio)</i>
Raza <i>(Opcional, no obligatorio)</i>	Origen étnico <i>(Opcional, no obligatorio)</i>	Sexo <i>(Opcional, no obligatorio)</i>	Idioma de preferencia <i>(Opcional, no obligatorio)</i>
Paciente		Persona responsable de la factura	
¿Era residente de Illinois al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____		Nombre	
Calle		Calle	
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono: ()		Teléfono: ()	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO			
Empleador del paciente		Empleador del cónyuge/pareja/tutor legal	
Calle		Calle	
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono: ()		Teléfono: ()	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
1. ¿Estuvo el paciente involucrado en un presunto accidente que derivó en la necesidad de recibir los servicios?		Sí _____ No _____	
2. ¿Fue el paciente víctima de un presunto delito que derivó en la necesidad de recibir los servicios?		Sí _____ No _____	
3. ¿Cuántas personas conforman la familia o el grupo familiar del paciente?			
4. ¿Cuántas personas son dependientes* del paciente?			
5. ¿Cuáles son las edades de los dependientes* del paciente?			
6. Al momento de recibir el servicio, o después de recibirlo, ¿estaba/está el paciente divorciado, separado o involucrado en un proceso de disolución del matrimonio?		Sí _____ No _____	
7. Al momento de recibir el servicio, o después de recibirlo, ¿era/es el paciente dependiente de un padre o madre divorciada, separada o involucrada en un proceso de disolución del matrimonio?		Sí _____ No _____	
8. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas 6 o 7 es afirmativa, ¿quién es responsable de la atención médica del paciente según el acuerdo u orden de divorcio o separación?			
_____ Nombre: Relación: _____			
_____ Dirección: Ciudad, estado, código postal: _____			
Teléfono: () _____			
* Dependiente se refiere a un menor de edad o a cualquier persona que figure como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona.			

ENUMERE EN LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN TODAS LAS COBERTURAS DE SEGURO RELACIONADAS CON EL SERVICIO RECIBIDO**			
Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de póliza	Número de grupo
Seguro médico			
Medicare			
Suplemento de Medicare			
Medicaid			
Beneficios de veteranos			
INGRESOS Y GASTOS MENSUALES** (Adjunte uno de los siguientes documentos como prueba de ingresos)			
A. La declaración de impuestos más reciente		D. Verificación de ingresos por escrito por parte de un empleador si se le paga en efectivo	
B. Los formularios W-2 y 1099 más recientes		E. Prueba de no presentación (formulario 4506 del IRS)	
C. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes			
Se debe proporcionar la información sobre los ingresos para poder procesar su solicitud			
	Paciente	Cónyuge/pareja	Padre/madre/tutor legal
Salario mensual bruto			
Ingresos de negocio propio			
Seguro Social			
Discapacidad del Seguro Social			
Discapacidad privada			
Discapacidad para veteranos			
Pensión de veterano			
Desempleo			
Compensación al trabajador			
Ingresos por jubilación			
Manutención de niños			
Pensión alimenticia u otro tipo de apoyo al cónyuge			
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)			
Otro, enumerar			
GASTOS		GASTOS MENSUALES	
Vivienda			
Servicios públicos (p. ej. teléfono, gas, electricidad y agua)			
Alimento			
Cuidado de niños			
Transporte			
Gastos médicos			
Otro gastos			
<p>** EXCEPCIONES: Si el paciente es residente de Illinois, no tiene seguro y recibe servicios en Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville o Memorial Hospital Shiloh y cumple con las pautas de presunta elegibilidad descritos en la Sección 4500.40 del Título 77 del Código Administrativo de Illinois (ILAC, por sus siglas en inglés) o es presuntamente elegible con base en los ingresos de la familia, no se requiere que el paciente complete esta sección de la solicitud.</p> <p>Si el paciente está solicitando ayuda relacionada con los servicios prestados en los centros de NHSC, no está obligado a completar las secciones de seguro y gastos de la solicitud. Los centros NHSC incluyen el Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office y Sullivan Medical Office; y la Parkland Health Center Medical Clinic.</p>			
ADJUNTE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE SOBRE SU SITUACIÓN FINANCIERA			
<p>CERTIFICACIÓN: Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por BJC HealthCare, y los autorizo a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, que cualquier asistencia financiera que se me haya concedido puede ser revocada y que seré responsable del pago de las facturas.</p>			
Firma del paciente/persona responsable:		Fecha:	