

Rockford Memorial Hospital

Pautas de Elegibilidad y Solicitud para Asistencia Financiera

Es la política de Mercyhealth proporcionar asistencia financiera a los pacientes que lo necesitan. Rockford Memorial Hospital (RMH) extenderá servicios médicamente necesarios, libre de cargo, o a un precio reducido, al individuo que reúna los requisitos bajo los siguientes criterios. RMH también cumple con la Ley Hospitalaria de Descuento al Paciente No Asegurado.

IMPORTANTE: Es posible que pueda recibir atención gratuita o a un precio reducido: El completar esta solicitud ayudará a nosotros determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o a un precio reducido o si es elegible para otros programas públicos que pueden ayudarle a pagar por su atención médica. Por favor complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo (2400 N. Rockton Avenue, Rockford, IL 61103), por correo electrónico (rmhpf@mhemail.org) o por fax (815-968-0170) para solicitar atención gratuita o a un precio reducido dentro de sesenta (60) días de la fecha que fue dado/a de alta o que recibió atención ambulatoria.

Las decisiones para el cuidado caritativo están basadas en el ingreso bruto familiar, lo que significa el ingreso bruto reportado al gobierno federal. Un paciente sin seguro médico cuyo ingreso bruto familiar no excede seis veces el índice federal de pobreza (FPL por sus siglas en inglés) puede calificar para cuidado caritativo. El FPL varía según el tamaño de la familia y se actualiza anualmente.

Si solicita cuidado caritativo, RMH le notificará si su solicitud ha sido aprobada o negada. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar la decisión dentro de 30 días por escrito con documentación adicional.

Si **no tiene seguro médico** no se requiere número de seguro social para calificar para atención gratuita o a precio reducido. Sin embargo, sí se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social, pero puede ayudar al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Si **no tiene seguro médico** se utilizarán presuntos criterios de elegibilidad para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera del hospital sin más investigación por parte del hospital. Por favor marque las siguientes opciones que se aplican a usted:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid | <input type="checkbox"/> Programa de Desayuno y Almuerzo Gratis de Illinois |
| <input type="checkbox"/> Paciente ha fallecido sin inmuebles | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Energía a los Hogares de Bajos Recursos (LIHEP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP o LINK) | <input type="checkbox"/> Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler IHDA |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Recibe asistencia financiera no reembolsable para servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> El paciente tiene incapacidad mental sin nadie a actuar en representación de el/ella | |

El/La paciente reconoce que él/ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el/la paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Para calificar para cuidado caritativo, debe completar el formulario de solicitud que se adjunta en el lado opuesto de esta página y entregarlo o enviarlo por correo a RMH. Toda la comunicación con el paciente y/o sus familiares será manejada con estricta confidencialidad y de manera compasiva. La solicitud requiere que usted certifique y presente pruebas del ingreso mensual actual de su familia con formularios W-2, declaración de impuestos o recibos de pago, si están disponibles. Si usted no puede proporcionar tales documentos, la determinación será basada en su certificación de ingresos de su familia. Mientras está pendiente su solicitud para cuidado caritativo, RMH no tratará de cobrar las facturas para las cuales usted solicitó ayuda.

Por favor llame a la Oficina de Negocios de RMH al **815-971-6313** o **800-987-4170** si tiene alguna pregunta.

VER AL REVERSO

Date: _____
Patient Account No. _____
RHS Representative: _____

Rockford Memorial Hospital Solicitud para Ayuda Financiera

Nombre del fiador: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
_____ Número telefónico: _____
_____ Número celular: _____
_____ Correo electrónico: _____
Empleador: _____ Años empleado/a: _____
No. de seguro social _____ (no es necesario si usted no tiene seguro médico)

Nombre del esposo/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Empleador del esposo/a: _____ Años empleado/a: _____

Determine y anote el número de dependientes, tal como se muestra en su declaración de impuestos: _____

NOMBRE	RELACIÓN AL SOLICITANTE	EDAD DEL DEPENDIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingreso Bruto Mensual Familiar

Salarios	\$ _____	Pensión	\$ _____
Trabajo por cuenta propia	\$ _____	Ingreso de jubilación	\$ _____
Desempleo	\$ _____	Manutención de hijos y/o	
Seguro social	\$ _____	pensión alimenticia	\$ _____
Seguro social por		Compensación para el	
discapacidad	\$ _____	trabajador	\$ _____
		Otro ingreso	\$ _____

Si usted no tiene ingresos, explique su situación de vivienda: _____

Al firmar a continuación, certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Solicitaré cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local para las cuales puedo ser elegible para recibir ayuda para pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital ponerse en contacto con terceras partes para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. RMH puede obtener un reporte de crédito personal para verificar las obligaciones pendientes. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier ayuda financiera concedida puede ser invertida, y yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Firma del paciente/fiador Fecha Firma del esposo/a Fecha