

**Documentación respaldatoria requerida**

***Proporcione la documentación que se detalla a continuación. La no presentación de dicha documentación puede tener como consecuencia el retraso o que se deniegue su solicitud. Si no puede proveer la documentación, proporcione una carta con los motivos.***

- El formulario de solicitud para la asistencia financiera absolutamente completo y firmado.
- Foto identificatoria vigente (licencia de conducir, pasaporte, identificación emitida por el estado o identificación emitida por el gobierno válidas).
- Prueba de residencia en Illinois (*Proporcione **al menos un** documento de los que se citan a continuación en el caso en que no cuente con una Licencia de conducir del Estado de Illinois o una identificación emitida por el Estado de Illinois*).
  - Recibo de alquiler o arrendamiento.
  - Factura reciente de los servicios públicos con dirección de Illinois.
  - Correo postal enviado por el gobierno u otra fuente fiable.
  - Carta de un albergue para personas sin hogar.
  - Tarjeta de registro de votante.
- Documentos relacionados con los impuestos (*Proporcione lo siguiente*).
  - La declaración de impuestos federales más reciente (incluso todos los anexos).
  - Y** los formularios W-2 y 1099 más recientes.
- Prueba de ingresos familiares (*Proporcione lo siguiente para el paciente/garante y para cada miembro del hogar del paciente/garante, incluso el cónyuge o la pareja*).
  - Copias de los detalles de pago más recientes: hasta 2 meses previos (Seguro del empleador, de desempleo, social).
  - Verificación de ingresos por escrito si se le paga en efectivo.
- Comprobantes de ingresos (*Proporcione todos los documentos que correspondan para las fuentes de ingresos que se enumeran a continuación*).
  - Cuenta(s) de cheques/ahorros.
  - Acciones.
  - Certificados de depósitos.
  - Fondos mutuos.
  - Cuenta(s) de ahorros para la salud/de gastos flexibles.
  - Cuenta(s) de cooperativa(s) de crédito(s).

**Complementaria/Otra:**

- Formulario de "Autorización para divulgar información" completo y firmado si ha presentado una demanda relacionada con su enfermedad, accidente o lesión laboral.
- ¿Residencia principal? Propia  Renta  Otra \_\_\_\_\_
- ¿Residencia secundaria? Propia  Renta  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_



Si el cónyuge actual o anterior o la pareja del paciente es el garante, o si uno de los padres o el tutor es el garante de un paciente menor, proporcione lo siguiente:

Nombre del garante \_\_\_\_\_

Dirección del garante \_\_\_\_\_

Número de teléfono del garante: ( ) \_\_\_\_\_

¿El paciente era residente de Illinois al momento de recibir atención por parte del hospital? Sí  No

¿El paciente está involucrado en un supuesto accidente? Sí  No

¿El paciente fue víctima de un supuesto delito? Sí  No

**2) Información sobre la familia**

Cantidad de personas que componen la familia o el hogar del paciente. \_\_\_\_\_

Cantidad de personas que son dependientes del paciente.\* \_\_\_\_\_

(\*Cantidad de individuos de los que el paciente es financieramente responsable).

Edades de los dependientes del paciente: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**3) Empleo de la familia e información sobre los ingresos**

¿El paciente, el cónyuge del paciente o (en el caso de un paciente menor) los padres del paciente o los tutores están actualmente empleados? Sí  No

En caso afirmativo, proporcione el nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del segundo empleador: \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del tercer empleador: \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

**4) Ingresos familiares brutos mensuales - Adjunte su declaración de impuestos federales más reciente.** Además. incluya la documentación más reciente relacionada con los ingresos familiares,

como los detalles de pago de dos meses, las declaraciones de beneficios, las cartas de concesión u otra documentación. *Los ingresos familiares* incluyen los ingresos del paciente, del cónyuge o de la pareja, o (en caso de que el paciente sea un menor) los ingresos de los padres o tutores del paciente provenientes de las siguientes fuentes:

Ingresos mensuales estimados

- Salarios obtenidos..... \_\_\_\_\_
- Empleo por cuenta propia ..... \_\_\_\_\_
- Indemnización por desempleo ..... \_\_\_\_\_
- Seguro social ..... \_\_\_\_\_
- Beneficio de incapacidad del seguro social ..... \_\_\_\_\_
- Pensión para veterano ..... \_\_\_\_\_
- Beneficio de incapacidad para veterano ..... \_\_\_\_\_
- Beneficio de incapacidad particular ..... \_\_\_\_\_
- Indemnización de los trabajadores ..... \_\_\_\_\_
- Asistencia temporaria para familias con necesidades (TANF, en inglés) ..... \_\_\_\_\_
- Ingresos por retiro ..... \_\_\_\_\_
- Manutención de hijos, pensión alimenticia u otro tipo de ayuda..... \_\_\_\_\_  
económica por cónyuge .....
- Otros ingresos..... \_\_\_\_\_

**5) Información sobre activos y valor estimado de los activos**Valor de los activos

- Cuenta de cheques..... \_\_\_\_\_
- Cuenta de ahorros ..... \_\_\_\_\_
- Acciones ..... \_\_\_\_\_
- Certificados de depósito ..... \_\_\_\_\_
- Fondos mutuos ..... \_\_\_\_\_
- Cuenta de cooperativa de crédito..... \_\_\_\_\_
- Cuenta de ahorros para la salud/de gastos flexibles..... \_\_\_\_\_

**6) Información sobre el seguro/los beneficios:**¿El paciente cuenta con la cobertura de algún plan de seguro? Sí  No 

En caso afirmativo, marque el plan:

- Medicare       Medicare Parte D       Seguro Suplementario a Medicare  
 Medicaid       Beneficios para veteranos  
 Seguro de salud: Nombre del plan: \_\_\_\_\_

**7) Validación del certificado:**

Certifico que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal entender. Me postularé para cualquier tipo de asistencia estatal, federal o local para la que resulte elegible para contribuir con el pago de la factura del hospital. Comprendo que la información que se me proporciona puede corroborarla el hospital y autorizo a dicho hospital a ponerse en contacto con terceras partes para verificar la certeza de la información que se brinda en esta solicitud. Comprendo que si de manera consciente proporciono información no verídica en la presente solicitud, no resultaré elegible para obtener la asistencia financiera, que cualquier tipo de asistencia financiera que se me otorgue se podrá revertir y que seré responsable del pago de la factura del hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o postulante\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Asesor financiero/representante de Rush\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha