



USTED PUEDE RECIBIR CUIDADO MEDICO GRATIS O A UN DESCUENTO:

Completando esta aplicación le ayudará a CGH Medical Center a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos, o descuentos u otros programas públicos que pueden ayudarle a pagar por su atención médica. Por favor envíe esta solicitud al hospital.

SI USTED NO ESTA ASEGURADA (O), NO ES REQUERIDO UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO MEDICO GRATUITO O CON DESCUENTOS. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos incluyendo Medicaid. No es requisito proporcionar un número de seguro social, pero le ayudará al hospital a determinar si usted califica para los programas públicos.

Por favor llene este formulario y lleve al hospital en persona, envíelo por correo, por correo electrónico, o por fax al solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los próximos 60 días de la fecha que fue dado de alta o de recibir atención ambulatoria.

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

Para comprobar sus ingresos, se requiere: (para todas las personas en el hogar)

- **Una copia de sus 3 últimos meses de cheques bancarios y/o declaraciones de ahorros**
- **Su más reciente declaración de impuestos federales**
- **Si usted no declara impuestos, o a trabajado menos de un año en su trabajo actual, por favor proporcione:**
 - **Una copia de los últimos 3 meses de comprobantes de pago**
 - **O una declaración por escrito de su empleador que indique sus últimos 3 meses de pago.**
- **Si está jubilado o recibe beneficios de seguro social o desempleo, por favor proporcione una copia de sus beneficios mensuales.**
-

Si no puede proporcionar los documentos necesarios, proporcione una declaración por escrito explicando su situación actual.

Por favor devuelva a :

CGH Medical Center
Attn: Brianna Maas
100 E LeFevre Road
Sterling, IL 61081
(815) 564-4618

OR

CGH Medical Center
Attn: Michele Johnson
100 E LeFevre Road
Sterling, IL 61081
815-564-4620



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre: (Apellido)_____ (Primer Nombre)_____ (Inicial)_____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____
(No se requiere si no está asegurado)

Dirección: (Calle o Apartado Postal) _____
 (Ciudad) _____ (Estado)_____ (Código Postal)_____

Número de su Casa/
 Numero de su Celular: _____ Numero de su Celular: _____

Nombre de su Esposa(o): _____ Fecha de Nacimiento se su Esposa(o): _____

Nombre se su Pareja: _____ Fecha de Nacimiento de su Pareja: _____

Correo Electrónico del Paciente: _____

Nombre de sus Dependes (Otras personas que viven En la misma casa o estudiantes De tiempo completo)	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Empleador: _____ Empleador de su Esposa(o): _____

Ocupación: _____ Ocupación de su Esposa(o): _____

Años: _____ Años: _____

Ciudad/Estado: _____ Ciudad/Estado: _____

Nombre del banco donde tiene su cuenta de cheques y ahorros _____

Nombre del banco donde tiene su cuenta de cheques y ahorros _____

**Por favor adjunte 3 meses de estados de cuenta bancaria de cheques y ahorros.
 Por favor incluya todas las paginas de cada estado de cuenta bancaria.**

Devolver a:
 CGH Medical Center
 Attn: Brianna Maas
 100 E LeFevre Road
 Sterling, IL 61081

INRESOS

	Usted Mensualmente	Esposa(o) —Mensualmente
Ingresos Mensuales antes de Impuestos\$		\$
Cantidad Mensual de Desempleo	\$	\$
Cantidad Mensual De Seguro Social	\$	\$
Cantidad Mensual de Discapacidad	\$	\$
Cantidad Mensual de Pensión	\$	\$
Ingresos de Alquiler	\$	\$
Cantidad de Manutención	\$	\$
Otros Ingresos Mensuales	\$	\$

GASTOS MENSUALES

Pago de Casa o de Alquiler:	Cuidado de Niños:
Pago de Utilidades:	Pago de Prestamos:
Comida:	Gastos Médicos:
Transportación:	Otros Gastos:

Declaración de Certificación

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdad y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar cualquier ayuda del estado, federal o local para la que pueda ser elegible para pagar esta factura del hospital. Yo entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital para ponerse en contacto con terceras personas para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta aplicación. Yo entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en esta solicitud, yo no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera concedida a mi puede ser revertida, y yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Recordó Incluir?

- 3 Meses de Declaraciones del Banco – Cheques y/o Ahorros
 Proof of Income (see attached letter for guidelines)

Fecha: _____

Firma del Solicitante: _____

Firma del Solicitante Conjunto: _____

**Este descuento no se aplica a los siguientes artículos,
POR FAVOR NO LLENE UNA APLICACIÓN PARA ESTOS SERVICIOS:**

- Lentes/Lentes de
- Servicios Cosméticos
- Servicios considerados no cubiertos por Medicare
- Aparatos Ortopédicos
- Audífonos
- Cuidado Dental de Rutina