



## **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 el 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 M  
100 E LeFevre Road  
Sterling, IL 61081  
(815) 564-4620

Updated: 12/2014



**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: Gabe Gallardo  
 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