**Importante:** ***es posible que pueda recibir atención gratuita o con descuento.***

Al completar esta solicitud ayudará a Endeavor Health a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. En caso de no tener seguro, no se requerirá de un número de seguro social para calificar para la atención gratuita o con descuento. Sin embargo, sí se requiere de un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social, aunque esto ayudará a Endeavor Health a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario lo antes posible después de la fecha de servicio para que Endeavor Health determine su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Endeavor Health aceptará su solicitud hasta 240 días después de obtener el primer estado de cuenta de la atención.

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

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES: COMPLETE LA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.** |
| **INFORMACIÓN DEL APLICANTE** |
| Dirección de correo electrónico | Tamaño de la familia (Incl. Pt.)  |
| Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento | N.º seguro social |
| Dirección N.º de apartamento Ciudad Estado Zip | Teléfono del hogar |
| Nombre del empleado Dirección del empleado | Teléfono celular |
| Ciudad del empleado Estado Código postal | Ingreso mensual bruto | Teléfono del trabajo |
| Raza (Opcional) | Etnia (Opcional) | Género (Opcional) | Idioma Preferido (Opcional) |
| **CÓNYUGE/GARANTE O PADRE(S) DE MENOR (SI APLICA)** |
| Dirección de correo electrónico | Parentesco con paciente | Fecha de nacimiento |
| Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre | N.º seguro social |
| Dirección N.º de apartamento Ciudad Estado Código postal | Teléfono del hogar |
| Nombre del empleado Dirección del empleado | Teléfono celular |
| Ciudad del empleado Estado Código postal | Ingreso mensual bruto | Teléfono del trabajo |

**Elegibilidad presunta:**

Los pacientes **sin seguro** que demuestren uno de los criterios de elegibilidad presunta que se enumeran a continuación de forma individual o mediante los beneficios proporcionados a su familia son automáticamente elegibles para recibir ***atención gratuita*** y ***no se solicitará prueba de ingresos***. Verificamos la elegibilidad electrónicamente cuando sea posible, pero cabe la posibilidad de que necesitemos que nos ayude a demostrar su elegibilidad.

**Marque todas las que correspondan:**

LIHEAP: el programa de asistencia para la energía de hogares de bajos recursos

wic: el programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños

 WIC LIHEAP: El programa de asistencia para la energía de

 SNAP Programa de asistencia médica comunitaria

 almuerzo y desayuno gratis en Illinois subsidio de ayuda para servicios médicos

 encarcelado TANF: asistencia temporal para familias necesitadas

 sin hogar bancarrota personal (Caso #\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de baja\_\_\_\_\_\_\_)

 fallecido sin BIENES RAÍCES afiliación a orden religiosa y voto de pobreza

 elegibilidad de medicaid, pero no en la fecha del servicio o para el servicio no cubierto

 programa de apoyo para viviendas de alquiler de la autoridad de desarrollo de viviendas de Illinois

 discapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente

**\*\* Si demuestra su elegibilidad presunta, no es necesario que proporcione ninguna información sobre ingresos. Sin embargo, debe firmar la Certificación del Solicitante en la siguiente página.**

**Información de ingresos:**

Proporcione los documentos solicitados a continuación (cuando corresponda). Su solicitud puede retrasarse o denegarse en caso de que alguno de los documentos requeridos no esté incluido.

Se debe proporcionar la siguiente documentación del solicitante, del cónyuge o pareja del solicitante, o en caso de que el solicitante o paciente sea menor de edad, del padre o tutor. Si no puede proporcionar documentación relacionada con sus ingresos, complete la carta de apoyo en la última página de esta solicitud.

|  |
| --- |
| **Todos los solicitantes deben proporcionar una prueba de residencia en Illinois, que incluye cualquiera de los siguientes: tarjeta de identificación válida emitida por el estado, factura reciente de servicios públicos residenciales, contrato de arrendamiento, tarjeta de registro de vehículo, tarjeta de registro de votante, otro tipo de correspondencia dirigida al solicitante por parte de un gobierno u otra fuente confiable, una declaración de un miembro de la familia que viva en la misma dirección y presente una prueba de residencia, o una carta de un refugio para personas sin hogar, casa de transición u otra instalación similar.** |
| **Si tiene empleo:*** Copia de su declaración de impuestos del año anterior
* Copias de los dos recibos de pago más recientes
* Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito
 |
| **Si trabaja por cuenta propia:*** Copia de su declaración de impuestos del año anterior
* Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito
 |
| **Si está desempleado:*** Copia de su declaración de impuestos del año anterior
* Copia de su carta de concesión de desempleo que enumera el monto de su beneficio
* Una carta de su empleador anterior con la fecha de terminación
* Una carta de confirmación de apoyo (carta completa en la última página de esta solicitud)
 |
| **Si es estudiante de tiempo completo:*** Comprobante de inscripción en la universidad (incluida una carta de la universidad que muestre su estado de tiempo completo, documentación financiera o de matrícula)
 |
| **Si está jubilado o discapacitado:*** Copia de su declaración de impuestos del año anterior (si corresponde)
* Copia de su carta de concesión más reciente de la Administración del Seguro Social que indique el monto del beneficio mensual
* Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito
 |
| **Prueba de otros ingresos no salariales:** Proporcione la siguiente información si corresponde a su situación financiera:* Carta de manutención del cónyuge o hijos
* Ingresos de propiedad de alquiler
* Renta de bienes inmobiliarios
* Cualquier otra fuente de ingresos no mencionada anteriormente
 |

**Información de la familia y hogar:**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de personas en la familia u hogar |  |
| Número de personas que dependen del solicitante |  |
| Edades de los dependientes del solicitante |  |

**Otra información:**

Si tiene documentos adicionales que puedan ayudar a Endeavor Health a tomar una determinación con respecto a su solicitud, como grandes facturas pendientes que mostrarían dificultades financieras, proporcione esos documentos (por ejemplo: facturas de teléfono, facturas de electricidad, facturas médicas, estados de cuenta bancarios o de cheques, etc.)

**Certificación de la solicitud:**

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible con el fin de ayudar a pagar esta factura de Endeavor Health. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por Endeavor Health, y autorizo a Endeavor Health a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si proporciono información falsa en esta solicitud intencionalmente, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de la factura de Endeavor Health.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Envíe los formularios de solicitud llenos a través de:** | **¿Necesita ayuda? Podemos** **ayudarle.** |
| **Correo postal:**EE HealthFinancial Assistance DepartmentP.O. Box 713385Chicago, IL 60677-1522**Email:**Financialassistance@EEHealth.org  | **Llame al (630) 527-5307 (opción 4)** |
| . |  |
|  |  |
|  |  |

**Declaración de alojamiento y alimentación/Carta de confirmación de apoyo**

**Este formulario debe ser completado por la persona que proporciona alojamiento y comida y solo debe ser completado para el solicitante si vive con alguien que no sea su cónyuge legal.**

Actualmente proporciono alojamiento y alimentación a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Nombre en letra de imprenta)

La dirección donde se proporciona alojamiento y alimentación es

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proporciono una asignación monetaria de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por semana/mes (encierre en un círculo la que corresponda)

Otro apoyo (explique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la persona que brinda apoyo (en letra de imprenta)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono

celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona que brinda apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_