

ASISTENCIA FINANCIERA
LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD

Estimado(a) paciente:

A continuación encontrará una lista de documentos importantes que debe presentar en relación con su solicitud de asistencia financiera. Deberá entregar todos los documentos lo antes posible para su verificación. Le hemos proporcionado un sobre para su conveniencia al enviar los documentos. De no recibir dichos documentos a la brevedad, supondremos que usted tiene la solvencia económica para realizar el pago y le pediremos que se comunique a nuestro Departamento de Liquidación de Cuentas para proceder al pago de sus facturas hospitalarias.

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

La elegibilidad se basa en los Lineamientos Federales de Pobreza, según lo define el Registro Federal.

Asimismo, todo tipo de situaciones familiares extenuantes podrán tomarse en cuenta al tomar la decisión final con respecto a su asistencia.

COMPROBANTE DE INGRESOS:

Para establecer su Ingreso Anual Neto, es necesario que presente los siguientes documentos:

- Últimos 4 (cuatro) recibos de pago, su contabilidad anual a la fecha en caso de ser trabajador independiente o constancia de pago de manutención Infantil.
- Sus 3 (tres) estados de cuenta bancarios más recientes.
- Una copia de sus formularios W2 del año anterior.
- Una copia de su declaración fiscal del año anterior.
- Constancia de manutención (si corresponde) o recibo de pago de renta.
- Licencia de conducir (identificación con fotografía).
- Tarjeta del Seguro Social.
- Asimismo, le pedimos que nos informe de cualquier tipo de situaciones familiares extenuantes que puedan ser tomadas en cuenta al tomar la decisión final con respecto a su asistencia.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Puede comunicarse a nuestra oficina de domingo a sábado, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., llamando al (773) 947-7500, Ext. 7996 o 7997.

Envíe las copias de los documentos mencionados arriba a la siguiente dirección o número de fax:

Jackson Park Hospital

7531 S. Stony Island Ave

Chicago, IL 60649

Attention: Financial Assistance Department

(773) 947-7996

El Hospital Jackson Park solicita la divulgación de información necesaria a fin de determinar la elegibilidad para el Programa de Atención de Beneficencia. No divulgar dicha información podría evitar el trámite de su solicitud.

	\$ total de los últimos 3 meses
Copia de la página 1 de la declaración fiscal más reciente (ingreso neto) ..	_____
Empleo (ingreso neto)	_____
Compensación laboral del cónyuge	_____
Seguro de desempleo	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Ayuda pública o asistencia general de Illinois	_____
Pensiones.....	_____
Otro (intereses, manutención infantil, dividendos, etc.).....	_____
Ingreso familiar total	_____
Tamaño total del hogar o la familia	_____

Declaro que los datos proporcionados arriba son, a mi leal saber y entender, fieles y correctos. Asimismo, hago constar que he revelado toda la información que me fue solicitada.

Firma **Fecha**

+++++

(Para uso exclusivo de JP)

Fecha de negación de MANG: _____ **Fecha de solicitud:** _____

- **Fecha de aprobación:** _____ **Aprobó:** _____
- **Fecha de denegación:** _____ **Denegó:** _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA
(De ser necesario, utilice el reverso o una hoja adicional)

Paciente

Nombre: _____ Cuenta: _____

Responsable

Nombre: _____

Teléfono: (Día) _____ (Noche) _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Anote sus ingresos mensuales brutos:

Sueldo del responsable antes de deducciones \$ _____ Pensión \$ _____

Sueldo del cónyuge antes de deducciones \$ _____ Pensión \$ _____

Seguridad Social \$ _____ Desempleo \$ _____ Manutención infantil \$ _____

Otros \$ _____ Ingresos por inversiones \$ _____

Activos disponibles:

Cheques \$ _____ Ahorros \$ _____

Bienes inmuebles \$ _____ Activos circulantes (Acciones/IRA/CD) \$ _____

Otro \$ _____

Gastos mensuales:

Renta/Hipoteca/Habitación/Manutención \$ _____

Seguro médico \$ _____ Gastos médicos mensuales \$ _____

Créditos \$ _____ Otros \$ _____

Total de gastos mensuales \$ _____

Declaro que la información proporcionada en este documento es, a mi leal saber y entender, fiel y correcta.

Firma _____ Fecha _____

¿Ha solicitado asistencia financiera en el Hospital Jackson Park en los últimos 12 meses?

SÍ _____

NO _____

EL SIGUIENTE AVISO DE PRIVACIDAD DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVISE DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN.

- Su información de salud confidencial puede ser compartida con profesionales de la salud para brindarle una atención médica de calidad.
- Su información de salud confidencial puede ser compartida con un cliente del Hospital Jackson Park que reciba pagos por brindarle a usted los servicios médicos necesarios.
- Su información de salud confidencial puede ser compartida con la Administración del Seguro Social (SSA) o con la Unidad de Determinación de Discapacidad (DDU) de su estado para ayudarle con la solicitud federal de discapacidad.
- Su información de salud confidencial puede ser compartida con agencias específicas de servicio social a fin de ayudarle con sus necesidades de servicio social y con los recursos identificados.
- Su información de salud confidencial puede ser compartida con funcionarios públicos o con las autoridades en caso de una investigación en la que usted sea víctima de abuso, maltrato, violencia familiar o un delito.
- Su información de salud confidencial puede ser compartida con otros profesionales de la salud en caso de que usted necesite atención de emergencia.
- Su información de salud confidencial puede ser compartida con una organización de salud pública o una organización federal en caso de presentar un efecto indeseable con un producto biológico (un alimento o un medicamento).
- Su información de salud confidencial no será compartida para ningún fin distinto a los descritos en este aviso.
- Su información de salud confidencial podrá ser compartida únicamente después de recibir su autorización por escrito. Usted podrá revocar su autorización para la divulgación de su información de salud confidencial en cualquier momento.
- Usted tiene derecho a restringir el uso de su información de salud confidencial; sin embargo, el Hospital Jackson Park podrá optar por rechazar su restricción en caso de haber un conflicto para brindarle atención médica de calidad, en caso de una situación de emergencia o al recibir el pago de servicios, o si la restricción entra en conflicto con los servicios que el Hospital Jackson Park Hospital está obligado a brindar a sus clientes por contrato.
- Usted tiene derecho a recibir correspondencia confidencial en relación con el estado de su salud.
- Usted tiene derecho a revisar y fotocopiar todas y cada una de las partes de su información de salud.

AVISO DE PRIVACIDAD (continuación)

- Usted tiene derecho a realizar cambios en su información de salud confidencial.
- Usted tiene derecho a saber quién tiene acceso a su información de salud confidencial y con qué fin.
- Usted tiene derecho a una copia de este Aviso de Privacidad cuando la solicite. Dicha copia puede ser por transmisión electrónica o en papel.
- La ley le exige al Hospital Jackson Park proteger la privacidad de la información de salud. Conservaremos la confidencialidad de la información de salud de todos y cada uno de nuestros pacientes, y les proporcionaremos una lista de las obligaciones y prácticas que protegen dicha información.
- En el Hospital Jackson Park respetaremos los términos de este aviso; no obstante, el Hospital Jackson Park se reserva el derecho a modificar este aviso y a conservar la confidencialidad de toda la información de salud.
- Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Hospital Jackson Park si considera que sus derechos a la privacidad han sido violados. Para ello, envía su queja a:

Jackson Park Hospital
7531 S. Stony Island Ave
Chicago, IL 60649

- Todas las quejas con respecto al Hospital Jackson Park serán investigadas y no generarán problemas personales.
- Para solicitar información sobre el Aviso de Privacidad del Hospital Jackson Park, escriba a:
Jackson Park Hospital
7531 S. Stony Island Ave
Chicago, IL 60649