

**KishHealth System facilita** acceso de atención médica de alta calidad para todas las personas, respetando su dignidad, sus derechos y sus opciones.

Como una institución caritativa, KishHealth System, sus hospitales y otros afiliados también reconocen la importancia de proveer alternativas financieras y servicios de caridad para sus pacientes.

### **Usted puede calificar para asistencia financiera**

Si usted no cuenta con seguro o si tiene cobertura de seguro que no cubre adecuadamente los cargos, usted podría calificar para la asistencia financiera que ofrece KishHealth System para ayudarle a cumplir con su compromiso financiero.

### **¿Es usted elegible para Medicaid?**

Usted podría ser analizado para determinar si usted reúne los requisitos de asistencia conforme al programa Medicaid del estado de Illinois.

- » ¿Es usted una persona ciega?
- » ¿Es usted una persona impedida físicamente?
- » ¿Tiene usted más de 65 años?
- » ¿Es usted la única persona que mantiene a dependientes menores de 18 años?

Si usted responde sí a alguna de estas preguntas, Servicios Financieros del Paciente puede darle una solicitud para Medicaid de Illinois y asistirle con el proceso de solicitud si lo desea.

Si usted no puede responder sí a las preguntas anteriores, usted podría calificar para la asistencia financiera que ofrece KishHealth System.

### **Datos requeridos**

Seguro médico, ingresos del hogar y el número de dependientes son los factores principales que se consideran para calificar para asistencia. La asistencia financiera se puede determinar al completar una Hoja de Trabajo de Revelación Financiera y dar los siguientes datos a los Servicios Financieros del Paciente:

- » Si usted está trabajando, los 3 talonarios de cheques más recientes de cada empresa.
- » Si es trabajador autónomo, una copia de su declaración de las ganancias de pérdidas más reciente.
- » La declaración de impuestos más reciente firmada y fechada por las personas que hicieron declaración O presente el motivo por el cual no hizo declaraciones de impuesto.
- » Si está desempleado y recibiendo beneficios por desempleo, una copia de la notificación de beneficios y la fecha en que iniciaron los beneficios.
- » Una copia de sus cheques del Seguro Social o estado de cuenta de banco si se depositan directamente.
- » Su carta de aviso de compensación al trabajador, si es que corresponde.
- » Si usted ha estado desempleado(a) o no tiene ingresos, se requiere una declaración por escrito de la(s) persona(s) que ayudan a mantenerlo(a) a usted.

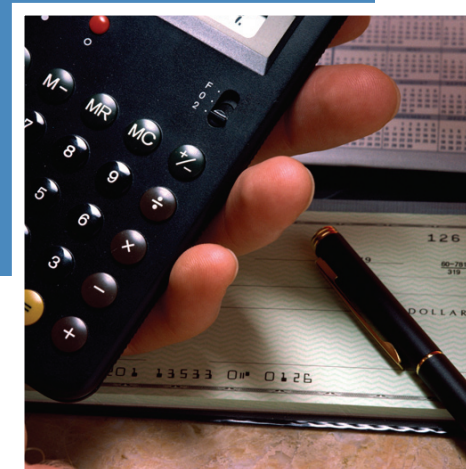
### **Para más información**

Si tiene usted preguntas o necesita asistencia, por favor entre en contacto con el Departamento de Cuentas de Pacientes al 815.756.1521 x153386 o llame a la línea gratuita al 800.397.1521 x153386.

Para información adicional referente a nuestras políticas de financiamiento, por favor visítenos en línea al [www.kishhospital.org](http://www.kishhospital.org), o [www.valleywest.org](http://www.valleywest.org).

KishHealth System

## Asistencia Financiera



## Misión de KishHealth System

Nosotros somos la piedra angular de atención médica para las comunidades a las que servimos – la primera opción para servicio, comodidad y seguridad. Como un sistema de salud de la propia comunidad, la familia Kish se dedica de forma altruista a la excelencia, educación e innovación.

# HOJA DE TRABAJO DE REVELACIÓN FINANCIERA

Devuelva el formulario completo a: *KishHealth* System  
Patient Financial Services  
PO Box 846  
DeKalb, IL 60115

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente/Garante: \_\_\_\_\_ Nos. de Cuenta: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ No. de Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Cuántos en la familia: \_\_\_\_\_

Empleador del Garante: \_\_\_\_\_ Cuántos años ahí: \_\_\_\_\_

Ingreso Aproximado: \$ \_\_\_\_\_ (semanal, bisemanal, mensual) (bruto, neto)

Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_ No. de S.S. de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Empleador de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Cuántos años ahí: \_\_\_\_\_

Ingreso Aproximado: \$ \_\_\_\_\_ (semanal, bisemanal, mensual) (bruto, neto)

Otro Ingreso Mensual: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Describe Otros Ingresos \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres, las edades y el parentesco de todas las personas que viven con usted. (No se cuente usted mismo(a))

Nombre	Edad	Parentesco	Nombre	Edad	Parentesco
1. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____

	Pago Mensual	Saldo	Facturas Médicas
Renta/Hipoteca	_____	_____	_____
Préstamo(s) de	_____	_____	_____
Carro/Camioneta	_____	_____	_____
Otros Préstamo(s)	_____	_____	_____
Seguro de Auto	_____	_____	_____
Seguro Médico	_____	_____	_____
Comida/Comestibles	_____	_____	_____
Servicios Públicos	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____
Tarjeta(s) de Crédito	_____	_____	_____
Otros: _____	_____	_____	_____

He leído detalladamente y presentado la información anterior proporcionada en esta hoja de trabajo a *KishHealth* System. La información se presenta como una declaración verdadera y exacta de mi condición financiera en la fecha indicada.

Doy autorización a *KishHealth* System a hacer cualquier indagación crediticia que considere necesaria en conexión con la presente hoja de trabajo. También autorizo e instruyo a cualquier persona o compañía de informes del consumidor que proporcione al hospital cualquier información que pueda tener u obtener en respuesta a tales preguntas crediticias. Yo entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con la administración de casos de asistencia en la determinación de necesidad médica para la atención que estoy recibiendo.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha: