Formulario de Evaluación de Asistencia Financiera de COH Chicago

Como parte de nuestro compromiso de servir a la comunidad, COH elige proporcionar asistencia financiera a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y cumplen con ciertos requisitos.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que las familias de los pacientes cooperen proporcionando información completa y precisa para que COH pueda determinar la elegibilidad del paciente para nuestro programa de asistencia financiera, y contribuir al costo de la atención del paciente según su capacidad individual de pago.

A las personas que sean elegibles para solicitar asistencia pública, así como a aquellas que tengan la capacidad de comprar un seguro de salud, se les alentará a hacerlo como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica.

Para determinar si un paciente califica para asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá considerar debidamente su solicitud de asistencia financiera.

Solicitud de asistencia financiera

Importante: PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.

Completar esta solicitud ayudará a

COH Chicago a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.

Sin embargo, un número de Seguro Social es requerido para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público. Complete este formulario y envíelo en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 240 días posteriores a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria. El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud a fin de ayudar a COH a determinar si es elegible para asistencia financiera.

Solo para residentes del estado de Illinois

SI NO TIENE SEGURO Y DEMUESTRA UNO DE LOS CRITERIOS ESPECÍFICOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN, NO ESTÁ OBLIGADO A COMPLETAR LA SOLICITUD. Para preguntas sobre los criterios de elegibilidad presuntiva, comuníquese con Cuentas de Pacientes al 800-677-5545.

De lunes a jueves de 8:00 am a 4:00 pm CST o viernes de 8:00 am a 2:00 pm CST.

¿Cumple con alguno de los siguientes criterios?

☐ Sin hogar	☐ Inscripción en programas de asistencia para personas de bajos ingresos
☐ Fallecido sin sucesión	☐ Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)
☐ Incapacidad mental sin que nadie actúe en nombre del paciente	☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
☐ Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos	☐ Programa de almuerzo y desayuno gratis de Illinois (LIHEAP)
	☐ Inscripción en un programa comunitario organizado que proporciona acceso a atención médica que evalúa y documenta el estado financiero limitado de bajos ingresos como criterio para la membresía
	☐ Recepción de asistencia con subvenciones para servicios médicos

*Incluya cualquier documentación de respaldo con su solicitud.

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Comprendo que la información que envío está sujeta a verificación, incluyendo el uso de programas de validación de terceros, y está sujeta a revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otros según sea necesario y que en cualquier momento durante el proceso de solicitud se puede solicitar información adicional. Comprendo que si alguna información que he proporcionado demuestra ser falsa, City of Hope volverá a evaluar mi estado financiero y cualquier asistencia otorgada puede revertirse y seré responsable del pago de cualquier saldo. Cualquier aprobación de asistencia financiera tendrá vigencia durante un máximo de 6 meses. Se requerirá una nueva solicitud para volver a determinar su elegibilidad para la asistencia financiera después del período de aprobación de 6 meses.

Firma: _____ Fecha: _____

Información adicional

Información adicional para el paciente (opcional): Las respuestas a estas preguntas son OPCIONALES. Las respuestas o la decisión de no responder no tendrán ningún efecto sobre si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Raza/origen étnico: _____ Sexo: _____

Idioma preferido: _____

Los formularios completados pueden ser:

- Firmado y enviado electrónicamente

cualquiera de los siguientes

1. Enviado por correo electrónico a PtAcctsFinancialHardshipTeam@ctca-hope.com
2. Devuelto a los asesores financieros del hospital
3. Enviado por correo a:
COH - Patient Accounts
2610 Sheridan Road
Zion, IL 60099

- COH se reserva el derecho de revisar un informe de crédito para usted y su cónyuge, según sea necesario.
- El COH puede solicitar documentación adicional, incluyendo, entre otros, W2, declaración de impuestos más reciente, declaración del Seguro Social, cambios en la prueba de vida, etc.
- El COH puede revisar las cuentas mantenidas para los pagos pendientes del seguro que se hayan enviado al miembro.

Una vez que se reciba toda la información, el COH responderá en un plazo de 30 días a su solicitud de asistencia financiera. Si necesitamos información adicional para procesar su solicitud, nos comunicaremos con usted por teléfono o correo electrónico. Se le notificará por correo de su elegibilidad una vez que se reciba y procese toda la documentación y la solicitud; los procedimientos de recopilación estándar continuarán hasta que se reciba la información completa.

Para conocer el estado o si tiene preguntas, comuníquese con Cuentas de pacientes al 800-677-5545 De lunes a jueves de 8:00 am a 4:00 pm CST o viernes de 8:00 am a 2:00 pm CST.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois al 877-305-5145 (TTY 800-964-3013).