

Gottlieb Memorial Hospital
701 West North Avenue
Melrose Park, IL 60160

AVISO A NUESTROS PACIENTES ACERCA DE LA ASISTENCIA FINANCIERA
(Patient Notice of Financial Aid)

El Hospital Gottlieb Memorial (GMH) se enorgullece de su misión “sin fin de lucro” de brindar atención de calidad a todos aquellos que la necesiten, sin tomar en cuenta su capacidad para pagar. GMH tratará a todos sus pacientes de manera equitativa, con dignidad y respeto.

Si el ingreso es menos de 300 por ciento de los Directrices Federal de Pobreza, usted puede ser elegible por ayuda financiera. Gottlieb Health Resources brinda ayuda financiera a nuestros pacientes basándose en sus ingresos, sus bienes y su necesidad. Además, quizás podamos ayudarle a obtener algún seguro médico provisto por el gobierno o acordar con usted los arreglos necesarios para obtener un plan de pagos que le resulte más accesible.

Responsabilidades del paciente:

Para que un paciente que carece de seguro (o cuya cobertura de seguro médico es limitada) pueda ser considerado por nosotros para recibir asistencia financiera, deberá cooperar con el hospital proveyéndonos la información y los documentos necesarios para solicitar otros recursos financieros disponibles.

Para poder recibir algún descuento bajo nuestras políticas de ayuda financiera, una persona que carezca de seguro médico (o cuya cobertura de seguro médico es limitada) deberá proveer a la organización toda la información financiera y demás elementos necesarios para determinar su elegibilidad.

Para mayor información, favor de ponerse en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Consumidor, al (708) 450-4902. Trataremos sus preguntas con confidencialidad y cortesía.

Hospital Gottlieb Memorial
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA
(Financial Assistance Application)

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del/de la solicitante: _____

¿Algún miembro de su familia está incapacitado para trabajar debido a alguna lesión? Sí ____ No ____

¿Cuántas personas viven en su apartamento? _____

¿Cuáles son las edades de cada miembro de la familia? _____

¿Cuántos miembros de su familia están trabajando? _____

¿Es el/la jefe(a) de familia viudo(a) o divorciado(o)? Sí ____ No ____

Si es divorciado(a), ¿recibe o paga manutención para los hijos o ex cónyuge?

____ Recibo manutención para mí y/o mis hijos \$ _____ por mes

____ Pago manutención para mis hijos y/o mi ex cónyuge \$ _____ por mes

¿Existen algunos otros problemas médicos o financieros que le gustaría que nosotros tomáramos en cuenta?

Bienes - Fondos en cuentas de cheques/ahorros \$ _____
Ingresos anuales \$ _____
Otros ingresos (favor de explicarlos) \$ _____

Para procesar esta solicitud, necesita proveer copias de los siguientes documentos (NO ENVÍE LOS ORIGINALES):

- 1) La más reciente declaración de impuestos (Formulario 1040) y/o declaración del seguro social
- 2) Los dos más recientes talones de cheques de todas las personas que residen en su hogar y están empleadas
- 3) Los dos más recientes reportes de su cuenta del banco
- 4) Los dos más recientes reportes del banco donde tiene la hipoteca de su casa, o si renta, entonces los recibos de los pagos de la renta
- 5) Facturas de los gastos de los servicios (como electricidad, gas, etc.) y cualesquier otras facturas que usted desee considerar

Favor de entregar esta solicitud de ayuda financiera completamente llena con fotocopias de los documentos que estén relacionados, a:

Gottlieb Memorial Hospital
Patient Accounts Department
701 W. North Avenue
Melrose Park, IL 60160

FIRMA DEL PACIENTE/AVAL

FECHA