



Formulario de solicitud de asistencia financiera de Wabash General Hospital

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a Wabash General Hospital (Hospital General de Wabash) a definir si puede recibir servicios gratuitos o con descuento o beneficios mediante otros programas públicos que puedan ayudarle a pagar su atención médica. Presente esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO ES NECESARIO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, sí es necesario un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de seguro social, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo de alguna de las siguientes maneras:

- Personalmente en la oficina comercial ubicada en 1001 N Market St Mt Carmel, IL**
- Por correo a 1418 College Drive Mt Carmel, IL 62863, con Atención a Financial Assistance**
- Por correo electrónico a BusinessOffice@wabashgeneral.com**
- Por fax al (618) 263-6467**

Para solicitar atención gratuita o con descuento, las solicitudes deben completarse dentro de los 60 días siguientes a la fecha del alta o de la atención ambulatoria. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina comercial al (618) 263-6412.

El paciente declara que ha intentado de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de seguro social: ____ / ____ / ____

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Información del garante: (si el paciente es menor de edad)

Nombre del garante: _____

Dirección del garante: _____

Número de teléfono del garante: _____



Información opcional del paciente: Ni las respuestas ni la falta de respuesta del paciente afectarán en forma alguna el resultado de la solicitud.

Raza:

Etnia:

Sexo:

Idioma preferido:

Información de la familia/hogar:

1. Cantidad de personas en la familia/hogar del paciente. _____
2. Cantidad de personas que son dependientes del paciente. _____
3. Edad de los dependientes. _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

Información sobre los ingresos familiares y el empleo del paciente:

(Si el paciente es menor de edad, complete las columnas Garante y Cónyuge, si corresponde. Si el paciente es mayor de 18 años, complete las columnas Paciente y Cónyuge, si corresponde)

| | Paciente | Garante | Cónyuge (pareja) |
|---|-----------------|----------------|-------------------------|
| 1. Marque la columna de quien tenga empleo actualmente. | _____ | _____ | _____ |
| 2. Nombre del empleador | _____ | _____ | _____ |

Lista de importes de ingresos mensuales

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 3. Salarios (brutos mensuales) | _____ | _____ | _____ |
| 4. Seguro por desempleo | _____ | _____ | _____ |
| 5. Seguro social | _____ | _____ | _____ |
| 6. Ingresos por invalidez | _____ | _____ | _____ |
| 7. Indemnización por accidentes laborales | _____ | _____ | _____ |
| 8. Asistencia temporal | _____ | _____ | _____ |



| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 9. Jubilación (pensión) | _____ | _____ | _____ |
| 10. Manutención de los hijos o del cónyuge | _____ | _____ | _____ |
| 11. Otros ingresos | _____ | _____ | _____ |
| Totales | _____ | _____ | _____ |

Incluye prueba de ingresos con la solicitud:

A continuación, se presentan ejemplos de pruebas aceptables de ingresos utilizadas para determinar la ayuda financiera. Queda a discreción del Hospital General de Wabash determinar la prueba aceptable de ingresos. La documentación aceptable de ingresos familiares incluirá cualquiera de los siguientes elementos:

1. **Declaración actual de la renta federal (prueba preferida de ingresos)**
2. **W-2**
3. **Carta que muestra la elegibilidad actual para la asistencia**
4. **Nóminas actuales**
5. **Carta/Aviso de Compensación por Desempleo**
6. **LES recientes para personal militar**
7. **Sentencia de divorcio**
8. **Copia de la solicitud de ayuda financiera para estudiantes con aviso de determinación**
9. **Documento de cupones de alimentos que muestra la elegibilidad actual**
10. **Carta de prestación de la Administración de la Seguridad Social**
11. **Extractos bancarios actuales (últimos 3 meses)**

Información de beneficios de seguro:

- | | |
|---|-------|
| 1. ¿Tiene seguro médico? | S o N |
| En caso afirmativo, ¿tiene: | |
| Medicare? | S o N |
| Parte D de Medicare? | S o N |
| Suplemento de Medicare? | S o N |
| Medicaid? | S o N |
| Beneficios para veteranos? | S o N |
| 2. ¿Se ha inscrito en el plan de Medicaid o el Mercado de Seguros del estado? | S o N |



Información de activos y valor estimado de los activos:

- 1) Cuenta corriente:
- 2) Cuentas de ahorro:
- 3) Acciones:
- 4) Certificados de depósito:
- 5) Fondos de inversión:
- 6) Automóviles u otros vehículos:
- 7) Inmuebles:
- 8) Cuenta de ahorro para la salud/gastos flexibles:

Si el paciente cumple los criterios de presunta elegibilidad de la sección 4500.40 o es presuntamente elegible por sus ingresos familiares, no se le exigirá que complete las partes de la solicitud relativas a la información de gastos mensuales y cifras estimadas de gastos.

Información de gastos mensuales y cifras estimadas de gastos:

- 1) Vivienda:
- 2) Servicios públicos:
- 3) Alimentos:
- 4) Transporte:
- 5) Cuidado infantil:
- 6) Préstamos:
- 7) Gastos médicos:
- 8) Otros gastos:

Declaración de certificación:



Certifico que la información aportada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información aportada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información aportada en esta solicitud. Entiendo que si apporto información falsa a sabiendas en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me conceda podrá ser revocada y seré personalmente responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante: _____
 Fecha _____

Entrada en
 vigor:
 1/1/2026

Descuento para no asegurados

| Familia Tamaño | < = 200% 100% de descuento | < = 300% Basado en los ingresos brutos No califica |
|-------------------|----------------------------------|--|
| 1 | 0 – 31,920 | 47,880.00 |
| 2 | 0 – 43,280 | 64,920.00 |
| 3 | 0 – 54,640 | 81,960.00 |
| 4 | 0 – 66,000 | 99,000.00 |
| 5 | 0 – 77,360 | 116,040.00 |
| 6 | 0 - 88,720 | 133,080.00 |
| 7 | 0 – 100,080 | 150,120.00 |
| 8 | 0 – 111,440 | 167,160.00 |

Por cada persona adicional,
 sumar \$5,680

actualizado al 1/16/26