

RESUMEN DE CENTRO DE SALUD CONDUCTUAL DE STREAMWOOD POLÍTICA DE CUIDADO DE CARIDAD

Es la política de Streamwood Behavioral Health Center para brindar asistencia financiera a los pacientes necesitados. Centro de salud de comportamiento Streamwood ampliará servicios médicamente necesarios de forma gratuita, o en una cantidad reducida, a una persona que es elegible bajo los criterios siguientes.

Decisiones de cuidado de caridad se basan en "ingresos brutos" de la familia, que significa ingresos brutos reportados al gobierno federal. Un paciente sin seguro y con un ingreso bruto de cuya familia no exceda de seis veces el Índice Federal de Pobreza "(IFP) puede calificar para el cuidado de caridad. El IFP varía con el tamaño de la familia y se actualiza anualmente. Usted podrá también concederse cuidado de caridad si usted puede mostrar atenuantes circunstancias financieras (tales como facturas médicas pendientes grandes).

Para calificar para el cuidado de caridad, usted debe completar el formulario de solicitud adjunto y enviar por correo o entregar a Streamwood Behavioral Health Center donde fueron tratados. Todas las comunicaciones con el paciente o miembros de la familia serán manejadas en estricta confidencia y de una manera compasiva. La aplicación requiere certificar ingresos mensuales de su familia y acreditar en forma de formularios W-2, declaración de impuestos o talones de pago, si está disponible. Si usted no puede proporcionar estos documentos, la determinación se basará en su certificación de ingresos de la familia. Es su responsabilidad de cooperar con centro de salud de comportamiento Streamwood llenando la aplicación y proporcionar la información solicitada si es posible y también ayudando a Streamwood Behavioral Health Center buscar pago de aseguradoras de salud o el gobierno si dicho pago podría estar disponible. Mientras esté pendiente su aplicación para el cuidado de caridad, Streamwood Behavioral Health Center no intentará recoger los billetes para el que busca ayuda.

Si se aplica para el cuidado de caridad, Centro de salud de comportamiento Streamwood **le notificará** si su solicitud ha sido aprobada o negada. Si está en desacuerdo con la decisión de Streamwood Behavioral Health Center, usted puede apelar la decisión dentro de 45 días.

También puede comunicarse con asesor financiero del hospital para obtener ayuda con su solicitud, preguntas y estado del recurso en **630-540-4295**

Retomar su solicitud y los documentos del hospital en la siguiente dirección, por favor:

Centro de salud conductual de Streamwood
Attn: Oficina de negocio / financiero consejero
1400 E. Irving Park Road
Streamwood, IL 60107

Si previamente han presentado una solicitud de cuidado de caridad en los últimos 45 días y quisiera saber el estado, por favor llame el asesor financiero en el número de teléfono en su factura. Usted no necesitará presentar otra aplicación de cuidado de caridad en este tiempo.

Centro de salud conductual de Streamwood

La caridad cuidado aplicación cuenta paciente (s): _____

INSTRUCCIONES: COMPLETAR LA SOLICITUD EN COMPLETO y FIRMAR LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.			
INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:			
Dirección de correo electrónico:			
Apellido Primer M.I.	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Tamaño de la familia
Apto. calle # ciudad Estado Código postal			Teléfono de casa
Dirección empleador			Teléfono celular
Ciudad Estado Código postal		Ingreso mensual	Teléfono del trabajo
CÓNYUGE / (INFORMACIÓN DE LOS PADRES SI MENOR)		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección de correo electrónico			
Apellido Primer M.I.		Número de seguro social	Teléfono de casa
Dirección empleador			Teléfono celular
Ciudad Estado Código postal		Ingreso mensual	Teléfono del trabajo
INFORMACIÓN DE INGRESOS			
<p>Por favor proporcionar uno o más de los siguientes para cada miembro de la familia propia y firmar la declaración abajo.</p> <p>1) Una copia de la declaración de impuestos más reciente 2) Una copia del más reciente W-2 y forma 1099 3) Una copia del los talones de cheque mas recientes</p> <p>Si usted no puede proporcionar cualquier documentación relativa a ingresos, por favor complete la siguiente declaración:</p> <p>Yo, ____ (nombre), certifico que no tengo ningún documento que demostrar ingresos mensuales de mi familia de \$____. Entiendo que si la información anterior es falsa, cualquier caridad concedida me podrá ser confiscada, las solicitudes futuras pueden ser negadas y será responsable del pago de la factura del hospital.</p>			

Por favor lista de los dependientes que es responsables de apoyar. Este número debe estar de acuerdo con el número de dependientes en su declaración de impuestos.

Nombres de personas a cargo	Fecha de nacimiento	Relación

Obligaciones mensuales

Hipoteca/alquiler	\$	Mantenimiento del coche	\$
Alimentos	\$	Medicamentos	\$
Ropa	\$	Cuentas médicas	\$
Teléfono	\$	Cuotas sindicales	\$
Teléfono celular	\$	Cuidado de niños	\$
Eléctrica	\$	Seguro de vida	\$
Agua	\$	Seguro de auto	\$
Otros	\$	Total de gastos	\$

Por favor adjunte copias de los documentos siguientes:

1. Si se emplea en los últimos 12 meses, incluir una copia de:
 - Tres 3 últimos recibos de sueldo (solicitante y cónyuge) de todos los empleadores (indicar si se pagan semanal o quincenal)
 - Declaración de impuestos del año más reciente, incluyendo W-2 tax (s)
2. Si por cuenta propia, incluye:
 - Documentación completa de ingresos y gastos relacionados con el negocio de los últimos seis meses (incluyendo una declaración de pérdidas y ganancias)
 - Declaración de impuestos del año más reciente (incluyendo el anexo C)
3. Prueba de otros ingresos: es decir, seguridad social, incapacidad, pensión, desempleo o menor soporte para los últimos tres meses
4. Estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses, incluyendo control, ahorros, CD 's, mercado de dinero
5. Actuales Estados de bonos/acciones/fondos mutuos
6. Si han estado desempleados o han ganado poco ingreso durante el año pasado, una declaración por escrito de la persona o personas proporcionando apoyo financiero a se requiere
7. Copia de su factura de electricidad para la prueba de residencia de Illinois

Otra información: Si tienes documentos adicionales que pueden ayudar a Streamwood Behavioral Health Center hacer una determinación respecto a su aplicación, tales como recibos pendientes grandes que mostrarían dificultades financieras, por favor proporcione los documentos (ejemplo: teléfono facturas, facturas de electricidad, facturas médicas, banco o comprobación de declaraciones, etc.).

Información solicitante : Certifico que la información anterior es verdadera y completa al mejor de nuestro conocimiento. Solicito cualquier ayuda estatal, federal o local para que pueda ser elegible. Entiendo que como parte del proceso de evaluación financiera, se puede verificar mi/nuestra historia de crédito, el empleo y la dirección. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, no serán elegible para asistencia financiera y seré responsable por el proyecto de ley. Autorizo a [nombre del Hospital] para obtener copias de mi declaración de impuestos del servicio de impuestos internos y el Departamento de ingresos de Illinois.

Firma del solicitante: fecha: _____

Si usted ha presentado una solicitud de cuidado de caridad en los últimos 45 días y quisiera saber el estado de su solicitud, Por favor llame al consejero financiero de 630-540-4295...

Retomar su solicitud y los documentos del hospital en la siguiente dirección:

Centro de salud conductual de Streamwood
Attn: Oficina de negocio / financiero consejero
1400 E. Irving Park Road
Streamwood, IL 60107