

2525 S. Michigan Ave.  
 Chicago, IL 60616-2477

## Solicitud de apoyo financiero

NOMBRE DEL PACIENTE:	<b>Insight Hospital &amp; Medical Center Chicago</b> 2525 S. Michigan Ave. Chicago, IL 60616-2477 TELÉFONO: 312-567-2372 FAX: 312-567-7904
NÚM. DE PATENTE:	
NÚM. DE HISTORIAL MÉDICO:	

### I. PARTE RESPONSABLE

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOM.	ESTADO CIVIL	NÚM. DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCIÓN					
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	¿DESDE CUÁNDO EN ESTA DIRECCIÓN?	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TELÉFONO DEL NEGOCIO		DURACIÓN DEL EMPLEO
PUESTO/TÍTULO			INGRESOS MENSUALES		PERÍODO DE PAGO

### II. CÓNYUGE

NOMBRE			NÚM. DE SEGURO SOCIAL:		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TELÉFONO DEL NEGOCIO		DURACIÓN DEL EMPLEO
PUESTO/TÍTULO			INGRESOS MENSUALES		PERÍODO DE PAGO

### III. INFORMACIÓN DEL HOGAR (TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL.	PARENTESCO

**TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR:**

IV. OTROS INGRESOS MENSUALES			
DIVIDENDOS, INTERESES	\$	PENSIONES	\$
ASISTENCIA PÚBLICA/CUPONES DE ALIMENTOS	\$	INGRESOS POR INVERSIÓN/RENTA	\$
SOCIAL SECURITY	\$	SUBVENCIONES	\$
DESEMPLEO/TRABAJADORES COMPENSACIÓN	\$	OTRO	\$
MANUTENCIÓN DE HIJOS/PENSIÓN ALIMENTICIA	\$		
<b>OTROS INGRESOS MENSUALES TOTALES:</b>	<b>\$</b>		

V. GASTOS MENSUALES			
RENTA/HIPOTECA	\$	COMIDA	\$
SEGURO DE PROPIETARIO	\$	VESTIMENTA	\$
IMPUESTO A LA PROPIEDAD	\$	PAGOS DE AUTO	\$
ELECTRICIDAD	\$	SEGURO DE AUTO	\$
AGUA	\$	GASOLINA	\$
TELÉFONO/TELÉFONO CELULAR	\$	PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE HIJOS	\$
PRÉSTAMOS	\$	TARJETAS DE CRÉDITO	\$
SEGURO MÉDICO	\$	MEDICAMENTOS	\$
SEGURO DE VIDA	\$	OTRO (especificar)	\$
<b>GASTOS MENSUALES TOTALES:</b>	<b>\$</b>		

VI. GASTOS MENSUALES			
INGRESOS MENSUALES DE LA PARTE RESPONSABLE		\$	
INGRESOS MENSUALES DEL CÓNYUGE (si corresponde)	+	\$	
OTROS INGRESOS MENSUALES TOTALES	+	\$	
GASTOS MENSUALES TOTALES	-	\$	
<b>GASTOS MENSUALES TOTALES:</b>		<b>\$</b>	

VII. ACTIVOS		BIENES INMUEBLES, VEHÍCULOS Y RECREACIÓN (Valor patrimonial)	
CUENTA(S) DE CHEQUES	\$	BIENES INMUEBLES	\$
CUENTA(S) DE AHORROS	\$	AUTOCARAVANA (S)	\$
INVERSIONES/IRA'S	\$	BARCO/REMOLQUE (S)	\$
CD'S	\$	AUTOMOBILE(S)	\$
<b>ACTIVOS TOTALES</b>	<b>\$</b>		

Si no puede proporcionar los documentos solicitados, explíquelo a continuación. Utilice páginas adicionales si es necesario.

Declaro que las respuestas que he dado son verdaderas y precisas.

Comprendo que se me puede pedir que pruebe cualquier declaración y que mis declaraciones de elegibilidad estarán sujetas a verificación mediante contacto con mi empleador y a una certificación crediticia bancaria. También autorizo e instruyo a cualquier persona o agencia de informes de consumidores a proporcionar a Insight Hospital & Medical Center Chicago cualquier información de la que disponga u obtenga en respuesta a dichas consultas financieras.

Entiendo que Insight Hospital & Medical Center Chicago está obligado por ley a mantener la confidencialidad de la información que proporciono.

Además, acepto que, como contraprestación por recibir servicios de atención médica como resultado de cualquier accidente o lesión, reembolsar al hospital las ganancias de un litigio o acuerdo que resulten de tal acto.

---

Firma de la parte responsable

---

Fecha

Envíe la solicitud y todos los documentos de respaldo requeridos en un plazo de sesenta (60) días hábiles.

**\*\*\* PUEDE QUE NO SE PROCESEN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS\*\*\***

Enviar por correo a: Insight Chicago Hospital and Medical Center:  
Atención: Financial Counseling Office  
2525 S. Michigan Ave  
Chicago, IL 60616-2477

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes para hablar con un asesor financiero al número de teléfono que se indica a continuación.

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes: 312-567-2372