

RUN DATE: 02/20/26  
RUN TIME: 1123  
RUN USER: 3786.LH

Silver Cross Hospital B/AR \*\*LIVE\*\*  
B/AR LETTER DICTIONARY

PAGE 1

MNEMONIC: 1CHARSPA      ACTIVE: Y      NAME: CHARITY APPLIC SPANISH  
PAGE SIZE: 66      LINE LENGTH: 79      LEFT MARGIN: 12  
AUTO SPOOL:      AUTO SORT:

[DATE]

[GUARANTOR NAME]  
[GUARANTOR ADDRESS LINE]  
[GUARANTOR CITY, STATE ZIP]

**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA FACTURA MEDICA**

Numero de Cuenta: [ACCOUNT #]      Fecha de Servicio: [ADM/SER DATE]

Usted puede recibir atencion medica gratuita o descuento. Completando esta aplicacion le ayudara a determinar si el hospital Silver Cross puede realizar servicios gratuitos o con descuento y otros programas publicos que puedan ayudarle a pagar para su atencion medica. Por favor envie esta aplicacion al hospital.

Si usted no tiene seguro medico o un numero de Seguro Social no es requerido para calificar para atencion gratuita o con descuento. Sin embargo, un numero de Seguro Social es obligatorio para algunos programas publicos, incluyendo la tarjeta Medicaid. El numero de Seguro Social no es necesario pero le ayudara al hospital a determinar que requisitos cumplir para los programas publicos.

Por Favor, complete el siguiente formulario y enviarlo al hospital en persona, por correo, por correo electronico o por fax para solicitar atencion gratuita o con descuento dentro de los 90 dias siguientes a la fecha de alto o por recepcion de servicios ambulatorios.

El Paciente reconoce que el o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la informacion solicitada en la aplicacion para ayudar al hospital para determinar si el paciente es elegible par recibir asistencia financiera.

**INFORMACION DEMOGRAFICA:**

Nombre de Paciente (o el Solicitante si el Paciente es menor edad):

Direccion \_\_\_\_\_

Numero de casa o celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL-RESPUESTA NO IMPACTA EL RESULTADO DE LA APLICACION**

RUN DATE: 02/20/26  
RUN TIME: 1123  
RUN USER: 3786.LH

Silver Cross Hospital B/AR \*\*LIVE\*\*  
B/AR LETTER DICTIONARY

PAGE 2

MNEMONIC: 1CHARSPA      ACTIVE: Y      NAME: CHARITY APPLIC SPANISH  
PAGE SIZE: 66      LINE LENGTH: 79      LEFT MARGIN: 12  
AUTO SPOOL:      AUTO SORT:

Raza \_\_\_\_\_ Ethnicidad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_

Nombre Esposa (o)/Pareja: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numerode casa o celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**NUMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA:**

Nombres de Dependientes:

Edad

Relacion

Nombres de Dependientes	Edad	Relacion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Es el Paciente residente de Illinois?      Si      No

El Paciente fue victima de un delito?      Si      No

Debido esto a un presunto accidente?      Si      No

Si el Paciente es menor de edad, es ex Esposa (o)/Pareja responsable financiero por la atencion medica de los pacientes debido a la disolucion/acuerdo de separacion?      Yes      No

**EMPLEO/INGRESOS SECCION:**

Paciente/Solicitante nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Esposa (o)/Pareja nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Los ingresos mensuales de los siguientes factores:

	Paciente/Solicitante	Esposa (o)/Pareja
Salario Mensual	\$ _____	\$ _____
Empleo por Cuenta Propia	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Seguro Social?Invalidez	\$ _____	\$ _____

RUN DATE: 02/20/26  
RUN TIME: 1123  
RUN USER: 3786.LH

Silver Cross Hospital B/AR \*\*LIVE\*\*  
B/AR LETTER DICTIONARY

MNEMONIC: 1CHARSPA      ACTIVE: Y      NAME: CHARITY APPLIC SPANISH  
PAGE SIZE: 66      LINE LENGTH: 79      LEFT MARGIN: 12  
AUTO SPOOL:      AUTO SORT:

Jubllacion/Pension	\$ _____	\$ _____
Seguro de Accidentes del Trabajo	\$ _____	\$ _____
Asistencia Temporal para Faimilias Necesitadas	\$ _____	\$ _____
El apoyo a los ninos?Pension por divorcio	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____

Ha recibido algunas de los siguiente?

WIC      Si   No      Almuerzo/Desayuno Gratis   Si   No  
Programa LIHEAP      Si   No      SNAP(Fondos para comida)      Si   No

Esta aplicacion no sera aprobado sin prueba de ingresos y la documentacion de apoyo. Por favor adjunte almenos uno copia de los siguientes documentos.

- Reciente talonarios de cheques
- Declaracion de Impuestos del ano pasado
- Formularios W2 del ano pasado
- La carta de apoyo
- Carta del Desempleo
- Resumen de enlace beneficios de DHS (SNAP)
- Declaracion de Seguro Social
- Ordenes de la Corte
- Asistencia de las Organizaciones: Municipales, es decir la Iglesia o las Caridades Catolicas
- Si empleo para propia cuenta el registro de los ingresos corrientes y impuestos del ano anterior.

**SECCION DE SEGUROS:**

Tiene seguro medico?      Si   No

Paciente/Solicitante: Compania de Seguro: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
#Grupo: \_\_\_\_\_ #Polica: \_\_\_\_\_ #Telefono: \_\_\_\_\_

Esposa (o)/Paraja: Compania de Seguro: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
#Grupo: \_\_\_\_\_ #Polica: \_\_\_\_\_ #Telefono: \_\_\_\_\_

**LISTA EL VALORS:**

Cuenta de cheques \$ \_\_\_\_\_      Fondos of Inviersion \$ \_\_\_\_\_

RUN DATE: 02/20/26  
RUN TIME: 1123  
RUN USER: 3786.LH

Silver Cross Hospital B/AR \*\*LIVE\*\*  
B/AR LETTER DICTIONARY

PAGE 4

MNEMONIC: 1CHARSPA      ACTIVE: Y      NAME: CHARITY APPLIC SPANISH  
PAGE SIZE: 66      LINE LENGTH: 79      LEFT MARGIN: 12  
AUTO SPOOL:      AUTO SORT:

Cuentas de ahorro \$ \_\_\_\_\_      Acciones \$ \_\_\_\_\_  
Auto u otros vehiculos \$ \_\_\_\_\_      Bienes Raices \$ \_\_\_\_\_  
Ahorros de plan de salud (Flex) \$ \_\_\_\_\_      Depositos a plazo fijo \$ \_\_\_\_\_

**SECCION GASTOS MENSUALES:**

La Vivienda \$ \_\_\_\_\_      Servicios Publicos \$ \_\_\_\_\_  
Alimentos \$ \_\_\_\_\_      Transporte \$ \_\_\_\_\_  
Manutencion de hijos \$ \_\_\_\_\_      Los Prestamos \$ \_\_\_\_\_  
Los gastos medicos \$ \_\_\_\_\_      Otros Gastos \$ \_\_\_\_\_

Basado en la informacion recibida con esta aplicacion, si el paciente es  
eligible presuntamente, no se necesita informacion adicional.

Certifico que la informacion contenida en la solicitud es verdadera y correcta  
a lo mejor de mi conocimiento. Voy a aplicar para cualquier estado, federal o  
local ayuda que pueda ser eligible para que me pudan ayudar a pagar por la  
factura del hospital. Entiendo que la informacion puede ser verificado por  
el hospital y autorizo al hospital para ponerse en contacto con terceras  
personas o aseguransas para verificar la informacion proporcionada aseguransas  
para verificar la informacion proporcionada en esta aplicacion. Entiendo  
tambien que si se determina que la informacion que presento es falso,  
mi solicitud para recibir servicios no compensados sera negada, y sere  
responsable de los cargos por los servicios recibidos.

Las quejas o inquietudes con el proceso de Asistencia Financiera del hospital  
se pueden informar a la Oficina de Atencion Medica del Fiscal General de  
Illinois a 1-877-305-5145 o [https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers  
hcform.pdf](https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf) .

Firma Patients/Colicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma Esposa (o)/Pareja \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Departamento de Cuentas  
1900 Silver Cross Boulevard, New Lenox, Il. 60451  
815-300-6087  
FAX 815-300-4954  
EMAIL [businessoffice@silvercross.org](mailto:businessoffice@silvercross.org)