CADENCE HEALTH

Always thinking. Always caring.™

Estimado paciente:

Cadence Health tiene una variedad de programas de asistencia financiera diseñados para asegurar que la atención necesaria por razones médicas para los servicios en CDH, Delnor o cualquier otro afiliado de Cadence Health esté disponible para todos, sin importar el estado de su seguro ni su capacidad para pagar. Para determinar si califica para recibir asistencia financiera, sírvase completar, firmar y devolver la solicitud adjunta, junto con los documentos indicados en la Página 2 de la solicitud.

Cadence Health tiene asesores financieros disponibles para asistirlo con la solicitud. Para ponerse en contacto con un asesor, llame al 630.933.5574 entre las 8 a.m. y las 5 p.m., de lunes a viernes. TTY para las personas con dificultades auditivas 630.933.4833.

Puede presentar la solicitud y todos los documentos de respaldo por correo o personalmente a:

CORREO

Cadence Health
Financial Clearance Center
25 North Winfield Road
Winfield, Illinois 60190

ENTREGA EN PERSONA

Cadence Health en
Central DuPage Hospital Campus
Cashier's Department (Entrada 1)
25 North Winfield Road
Winfield, Illinois 60190

IMPORTANTE: Para asegurar un procesamiento oportuno, le solicitamos que presente a la brevedad la solicitud completa y los documentos relacionados. No presentar los documentos completos en un plazo de 60 días podría dar como resultado que no califique para la asistencia financiera.

Atentamente,

El equipo de Servicios financieros de Cadence Health

Solicitud de Asistencia financiera de Cadence Health

25 North Winfield Road, Winfield, Illinois 60190

Nombre del paciente _____

N.º de cuenta _____

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento
Nombre del solicitante	N.º de seguro social	Fecha de nacimiento
Nombre del cónyuge	N.º de seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección particular		
Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono particular	Teléfono celular	

Estado civil del solicitante ❑ Casado ❑ Soltero ❑ Separado ❑ Divorciado ❑ Viudo

Estado laboral - Solicitante

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

❑ Fecha de contratación _____ Horas semanales de trabajo _____

❑ Desempleado - Última fecha en que trabajó_____ ❑ Trabajador independiente ❑ Jubilado ❑ Discapacitado

Estado de seguro de salud

Califica para el seguro de salud proporcionado por el empleador ❑ Si ❑ No

Nombre del plan de salud proporcionado por el empleador _____

Ingresos brutos del solicitante el año pasado	Ingresos brutos del solicitante en los últimos tres meses

Estado laboral - Cónyuge

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

❑ Fecha de contratación _____ Horas semanales de trabajo _____

❑ Desempleado - Última fecha en que trabajó_____ ❑ Trabajador independiente ❑ Jubilado ❑ Discapacitado

Estado de seguro de salud

Califica para el seguro de salud proporcionado por el empleador ❑ Si ❑ No

Nombre del plan de salud proporcionado por el empleador _____

Ingresos brutos del cónyuge el año pasado	Ingresos brutos del cónyuge en los últimos tres meses

Ingresos adicionales de otras fuentes

❑ Pensión alimenticia _____ ❑ Manutención _____ ❑ Seguro social _____ ❑ Pensiones _____

❑ Desempleo _____ ❑ Indemnización laboral _____ ❑ Asistencia social _____ ❑ IIntereses_____

❑ Dividendos _____

Solicitud de Asistencia financiera de Cadence Health

25 North Winfield Road, Winfield, Illinois 60190

Nombre del paciente _____

N.º de cuenta _____

Indique los dependientes que tiene la responsabilidad de mantener. Este número debe coincidir con la cantidad de dependientes indicados en su declaración de impuesto sobre la renta.

Nombres de los dependientes	Fecha de nacimiento	Parentesco

Obligaciones mensuales

Hipoteca/renta	$	Mantenimiento de automóvil	$
Alimentos	$	Medicamentos recetados	$
Vestimenta	$	Facturas médicas	$
Teléfono	$	Aportes sindicales	$
Teléfono celular	$	Guardería	$
Electricidad	$	Seguro de vida	$
Agua	$	Seguro del automóvil	$
Otro	$	Gastos totales	$

Adjunte copias de los siguientes documentos

1. Si tuvo empleo en los últimos 12 meses, incluya una copia de:
   - los 3 (tres) recibos de sueldo más recientes (del solicitante y el cónyuge) de todos los empleadores (indique si se le paga semanal o quincenalmente)
   - declaración anual de impuesto sobre la renta más reciente, incluyendo declaraciones de impuestos W-22.
2. Si es trabajador independiente, incluya:
   - documentación completa de ganancias y gastos relacionados con su negocio durante los últimos seis meses (incluyendo un estado de ganancias/pérdidas)
   - la declaración anual de impuesto sobre la renta más reciente (incluyendo el formulario C)
3. Comprobantes de otros ingresos: es decir, seguro social, discapacidad, pensiones, desempleo y/o manutención para los últimos tres meses
4. Estados de cuentas bancarias de los últimos tres meses, incluyendo cuentas corrientes, cajas de ahorro, certificados de depósito, instrumentos del mercado monetario
5. Estados de cuentas de fondos mutuos/acciones/bonos actuales
6. Si ha estado desempleado o ha tenido pocos ingresos durante el pasado año, se necesita una declaración escrita de la o las personas que le proporcionaron apoyo financiero
7. Copia de su factura eléctrica para comprobar su residencia en Illinois

Solicitud de Asistencia financiera de Cadence Health

25 North Winfield Road, Winfield, Illinois 60190

Nombre del paciente _____

N.º de cuenta _____

Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Cadence Health. Certifico que la información precedente es verdadera y correcta.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Entregar la solicitud y documentos de respaldo a:

CORREO

Cadence Health en
Central DuPage Hospital Campus
Financial Clearance Center
25 N. Winfield Road
Winfield, IL 60190

ENTREGA EN PERSONA

Cadence Health en
Central DuPage Hospital Campus
Cashier's Department (Entrada 1)
25 N. Winfield Road
Winfield, IL 60190