

KishHealth System provides access to high quality health care for all individuals, respecting their dignity, rights, and choices.

As a charitable institution, KishHealth System, its hospitals and other affiliates also recognize the importance of providing financial alternatives and charity services for its patients.

You may qualify for financial assistance

If you do not have insurance or if you have insurance coverage that does not adequately cover the charges, you may qualify for financial assistance offered by KishHealth System to help you meet your financial obligation.

Are you eligible for Medicaid?

You may be screened first to determine if you qualify for assistance under the state of Illinois Medicaid program.

- » Are you blind?
- » Are you disabled?
- » Are you over 65?
- » Are you the sole supporter of dependents under the age of 18?

If you can answer yes to any of these questions, Patient Financial Services can provide an application for Illinois Medicaid and assist you with the application process if desired.

If you cannot answer yes to the questions above, you may qualify for financial assistance offered by KishHealth System.

Required Information

Medical insurance, household income and number of dependents are the main factors considered to qualify for assistance. Financial assistance can be determined by completing a Financial Disclosure Worksheet and providing the following information to Patient Financial Services:

- » If you are employed, the last 3 payroll check stubs from each company.
- » Most recent income tax return signed and dated by individuals who filed OR provide a reason why income taxes were not filed.
- » If unemployed and receiving unemployment benefits, a copy of the benefit notification, and the date benefits started.
- » A copy of your Social Security checks or bank statement if direct deposited.
- » Your workers compensation notification letter, when applicable.
- » If you have been unemployed or no income, we require a written statement from the person(s) helping support you.

For more information

If you have questions or need assistance, please contact the Patient Accounts Department at 815.748.8983 or toll free at 800.397.1521 x158983.

For additional information regarding our financial policies, please visit us online at www.kishhospital.org, or www.vwch.org.

**KishHealth System
Financial Assistance**



KishHealth System Mission

We are the cornerstone of healthcare for the communities we serve – the first choice for service, comfort and safety. As a community owned health system, the Kish family unselfishly commits to excellence, education and innovation.

KishHealth System facilita acceso de atención médica de alta calidad para todas las personas, respetando su dignidad, sus derechos y sus opciones.

Como una institución caritativa, KishHealth System, sus hospitales y otros afiliados también reconocen la importancia de proveer alternativas financieras y servicios de caridad para sus pacientes.

Usted puede calificar para asistencia financiera

Si usted no cuenta con seguro o si tiene cobertura de seguro que no cubre adecuadamente los cargos, usted podría calificar para la asistencia financiera que ofrece KishHealth System para ayudarle a cumplir con su compromiso financiero.

¿Es usted elegible para Medicaid?

Usted podría ser analizado para determinar si usted reúne los requisitos de asistencia conforme al programa Medicaid del estado de Illinois.

- » ¿Es usted una persona ciega?
- » ¿Es usted una persona impedida físicamente?
- » ¿Tiene usted más de 65 años?
- » ¿Es usted la única persona que mantiene a dependientes menores de 18 años?

Si usted responde sí a alguna de estas preguntas, Servicios Financieros del Paciente puede darle una solicitud para Medicaid de Illinois y asistirle con el proceso de solicitud si lo desea.

Si usted no puede responder sí a las preguntas anteriores, usted podría calificar para la asistencia financiera que ofrece KishHealth System.

Datos requeridos

Seguro médico, ingresos del hogar y el número de dependientes son los factores principales que se consideran para calificar para asistencia. La asistencia financiera se puede determinar al completar una Hoja de Trabajo de Revelación Financiera y dar los siguientes datos a los Servicios Financieros del Paciente:

- » Si usted está trabajando, los 3 talonarios de cheques más recientes de cada empresa.
- » La declaración de impuestos más reciente firmada y fechada por las personas que hicieron declaración O presente el motivo por el cual no hizo declaraciones de impuesto.
- » Si está desempleado y recibiendo beneficios por desempleo, una copia de la notificación de beneficios y la fecha en que iniciaron los beneficios.
- » Una copia de sus cheques del Seguro Social o estado de cuenta de banco si se depositan directamente.
- » Su carta de aviso de compensación al trabajador, si es que corresponde.
- » Si usted ha estado desempleado(a) o no tiene ingresos, se requiere una declaración por escrito de la(s) persona(s) que ayudan a mantenerlo(a) a usted.

Para más información

Si tiene usted preguntas o necesita asistencia, por favor entre en contacto con el Departamento de Cuentas de Pacientes al 815.748.8983 o llame a la línea gratuita al 800.397.1521 x158983.

Para información adicional referente a nuestras políticas de financiamiento, por favor visítenos en línea al www.kishhospital.org, o www.vwch.org.

KishHealth System

Asistencia Financiera



Misión de KishHealth System

Nosotros somos la piedra angular de atención médica para las comunidades a las que servimos – la primera opción para servicio, comodidad y seguridad. Como un sistema de salud de la propia comunidad, la familia Kish se dedica de forma altruista a la excelencia, educación e innovación.

HOJA DE TRABAJO DE REVELACIÓN FINANCIERA

Devuelva el formulario completo a: *KishHealth* System
Patient Financial Services
PO Box 846
DeKalb, IL 60115

Fecha _____

Nombre de Paciente/Garante: _____ Nos. de Cuenta: _____

Domicilio: _____ No. de Teléfono: _____

No. de Calle Ciudad Estado Zona Postal

No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Cuántos en la familia: _____

Empleador del Garante: _____ Cuántos años ahí: _____

Ingreso Aproximado: \$ _____ (semanal, bisemanal, mensual) (bruto, neto)

Nombre de Cónyuge: _____ No. de S.S. de Cónyuge: _____

Empleador de Cónyuge: _____ Cuántos años ahí: _____

Ingreso Aproximado: \$ _____ (semanal, bisemanal, mensual) (bruto, neto)

Otro Ingreso Mensual: \$ _____ \$ _____ \$ _____

Describe Otros Ingresos _____

Por favor escriba los nombres, las edades y el parentesco de todas las personas que viven con usted. (No se cuente usted mismo(a))

Nombre Edad Parentesco Nombre Edad Parentesco

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

	Pago Mensual	Saldo	Facturas Médicas
Renta/Hipoteca	_____	_____	_____
Préstamo(s) de	_____	_____	_____
Carro/Camioneta	_____	_____	_____
Otros Préstamo(s)	_____	_____	_____
Seguro de Auto	_____	_____	_____
Seguro Médico	_____	_____	_____
Comida/Comestibles	_____	_____	_____
Servicios Públicos	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____
Tarjeta(s) de Crédito	_____	_____	_____
Otros: _____	_____	_____	_____

He leído detalladamente y presentado la información anterior proporcionada en esta hoja de trabajo a *KishHealth* System. La información se presenta como una declaración verdadera y exacta de mi condición financiera en la fecha indicada.

Doy autorización a *KishHealth* System a hacer cualquier indagación crediticia que considere necesaria en conexión con la presente hoja de trabajo. También autorizo e instruyo a cualquier persona o compañía de informes del consumidor que proporcione al hospital cualquier información que pueda tener u obtener en respuesta a tales preguntas crediticias.

Fecha: _____
Firma de Paciente/Garante _____