

## Solicitud de asistencia financiera

Complete todos los campos y firme donde se indica. Proporcione todos los tipos de ingresos familiares brutos, como los de empleos, compensaciones por desempleo, seguridad social, pensiones, trabajo por cuenta propia, discapacidad, indemnización por accidente laboral, etc. La ley exige que los hospitales de Ohio brinden servicios hospitalarios médicamente necesarios sin cargo a cualquier persona elegible. Si su situación se encuentra dentro de las Guías federales de ingresos que definen el nivel de pobreza (consulte la tabla), complete este formulario y devuélvaselo al asesor financiero de Van Wert Health.

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 (Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas según correspondan al paciente).

CALLE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
 (Si desea recibir comunicaciones sobre la solicitud por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico).

FECHA(S) DEL SERVICIO HOSPITALARIO: DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

¿Era usted residente de Ohio en el momento en que recibió el servicio hospitalario?  SÍ  NO

Si es así, indique el condado: \_\_\_\_\_

¿Era usted beneficiario activo de Medicaid en el momento en que recibió el servicio hospitalario?  SÍ  NO

En caso afirmativo, indique el número de identificación de beneficiario de Medicaid: \_\_\_\_\_

¿Era usted beneficiario activo de Asistencia por discapacidad en el momento en que recibió el servicio hospitalario?  SÍ  NO

(En caso afirmativo, adjunte a esta solicitud una copia de su tarjeta de Asistencia por discapacidad vigente durante la prestación de su servicio hospitalario)

¿Tenía seguro médico (que no fuera Medicaid) en el momento en que recibió el servicio hospitalario?  SÍ  NO

Si está relacionado con un automóvil, ¿tiene un seguro automotor que cubra esta fecha de servicio?  SÍ  NO

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? \_\_\_\_\_

Nombre del perito del seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Los ingresos anuales deben ser iguales o menores que las siguientes cantidades según el tamaño de la familia

ESTADO DE INGRESOS COMPARADO CON LOS NIVELES FEDERALES DE POBREZA DE 2020		
Tamaño de la familia	Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (HCAP): 100 %	Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (HCAP): 60%
1	\$ 12,880	\$ 25,520
2	17,240	34,480
3	21,960	43,440
4	26,500	52,400
5	31,040	61,360
	Agregue \$4,540.00 por cada persona adicional	Agregue \$8,960.00 por cada persona adicional



## Solicitud de asistencia financiera

Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. La familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a uno o ambos padres biológicos o adoptivos del paciente y a los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) que vivan en el hogar del paciente.

<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>	<b>EDAD/ FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	<b>INGRESO BRUTO DE LOS 3 MESES ANTERIORES AL SERVICIO HOSPITALARIO</b>	<b>INGRESO BRUTO DE LOS 12 MESES ANTERIORES AL SERVICIO HOSPITALARIO</b>
		<b>PACIENTE</b>		
<b>NOMBRE(S) DEL FAMILIAR INMEDIATO QUE VIVE EN EL HOGAR</b>	<b>EDAD/ FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	<b>INGRESO BRUTO DE LOS 3 MESES ANTERIORES AL SERVICIO HOSPITALARIO</b>	<b>INGRESO BRUTO DE LOS 12 MESES ANTERIORES AL SERVICIO HOSPITALARIO</b>
<b>TOTAL DE PERSONAS EN LA FAMILIA</b>		<b>INGRESO BRUTO FAMILIAR TOTAL</b>		

\*Si no informó ingresos, incluya una explicación de cómo subsiste económicamente.  
(Por ejemplo, si vive con un amigo que paga los gastos, etc.)

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en mis anexos es verdadero:

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha