

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____ TELÉFONO # _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES PACIENTE _____ FECHA _____

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas según se apliquen al paciente).

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ POSTAL _____

FECHA(R) DE SERVICIO HOSPITALARIO DESDA _____ HASTA _____

- 1. ¿Era usted un residente de Ohio en el momento de su servicio hospitalario? SI NO
- 2. ¿Era usted un beneficiario activo de Medicaid al momento de su servicio hospitalario?
En caso afirmativo, número de identificación del destinatario de Medicaid: SI NO
- 3. ¿Era usted un receptor activo de Asistencia por discapacidad al momento de su servicio hospitalario?
(Si respondió afirmativamente a esta pregunta, adjunte a esta solicitud una copia de su tarjeta DA vigente durante su servicio hospitalario) SI NO
- 4. ¿Tenía seguro médico (que no sea Medicaid) al momento de su servicio hospitalario? SI NO

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 menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de dieciocho años, la Familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente y a los padres, niños menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

NOMBRE	EDAD / FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	INGRESOS BRUTOS POR 3 MESES ANTES DEL SERVICIO HOSPITALARIO	INGRESOS BRUTOS POR 12 MESES ANTES DEL SERVICIO HOSPITALARIO
TOTAL DE PERSONAS EN FAMILIA		TOTAL DE INGRESOS BRUTOS FAMILIARES		

* Si no informó ingresos, utilice el reverso de este documento para obtener una explicación de cómo existe financieramente.

(IE: vive con un amigo que paga los gastos, etc.)

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es verdadero.

Firma del (de la) solicitante

Fecha

Si tiene gastos médicos significativos que le gustaría tener en cuenta, describa _____

* Consulte el reverso del documento para conocer las calificaciones de ingresos *

Espacio de respuesta para existencia financiera (responda solo si informó que no tiene ingresos brutos) _____

Calificaciones de ingresos

Tamaño del miembro de la familia	Ingresos anuales iguales o inferiores para calificar para HCAP	Ingresos anuales iguales o inferiores para calificar para el programa Hope - 60% de descuento	Ingresos anuales iguales o menores para calificar para el programa Hope - 40% de descuento
1	\$ 12,060	\$ 23,999.40	\$ 36,059.40
2	16,240	32,317.60	48,557.60
3	20,420	40,635.80	61,055.80
4	24,600	48,954.00	73,554.00
5	28,780	57,272.20	86,052.20
6	32,960	65,590.40	98,550.40
7	37,140	65,590.40	111,048.60
8	41,320	82,226.80	123,546.00
9+	Agregar \$4,180.00 por cada persona adicional	Agregar \$8,318.20 por cada persona adicional	Agregar \$12,498.20 por cada persona adicional