

PROGRAMA DE GARANTÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (HCP), ATENCIÓN DE BENEFICENCIA, SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente (Apellido)	(Nombre)	(INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	Número de la cuenta
Dirección			Fecha del servicio —
Ciudad y estado			Fecha de nacimiento del paciente
Código postal	Número de teléfono		Número del Seguro Social del paciente
¿Tenía este servicio cobertura de seguro médico?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Era residente de Ohio al momento de recibir el servicio?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Era beneficiario activo de Medicaid al momento de recibir el servicio hospitalario? Si la respuesta es sí, ingrese el N.º de facturación de beneficiario:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se deben estos servicios a un accidente en vehículo motorizado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Proporcione la siguiente información sobre todos los miembros de su familia directa. A efectos de HCAP, "familia" se define como el paciente, el cónyuge del paciente (convivan o no) y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que vivan en la casa del paciente.

Nombre de los miembros de la familia	Edad	Relación con el paciente	Empleador o nombre de la fuente de ingresos	Fecha de contratación o inicio de todos los ingresos	Ingresos por 3 meses	Ingresos por 12 meses
(Paciente)		Es el cliente				
Totales:						

Se adjunta a esa solicitud una verificación de ingresos. La verificación de ingresos puede incluir comprobantes de pago u otros documentos con información de ingresos para el período de tiempo apropiado (3 a 12 meses antes del servicio o 3 o 12 meses de ingresos actuales):

*Si reporta un ingreso de \$0.00, debe proporcionar una explicación de cómo estaba recibiendo ayuda. *Si ya no trabaja, coloque la última fecha de trabajo.

Valor de los activos						
Casa: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo	Pago mensual: \$ _____	Saldo de cuenta corriente: \$ _____	Saldo de la cuenta de ahorros: \$ _____	Inversión total: \$ _____	Descripción de las inversiones: _____	Descripción de otros ingresos: _____
Valor de otros activos: \$ _____	Descripción de los activos (auto, bote, etc.): _____	Otros ingresos: \$ _____	Descripción de otros ingresos: _____			
Gastos mensuales totales (pago del hogar, pago del auto, servicios básicos, alimento, etc.): \$ _____						

Envíe la solicitud llena a:

OhioHealth CBO Financial Assistance
P.O. PO Box 7527
o por fax a: 614-566-6080
o por correo electrónico a: customercenter@OhioHealth.com

Para obtener más ayuda, puede llamar al 614-566-1505 o visitar a un asesor financiero en uno de los hospitales de OhioHealth. Dublin, OH 43016

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, voy a solicitar y tomar las medidas razonables necesarias para obtener ayuda (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) para pagar los cargos del hospital. La ayuda financiera es una fuente de último recurso. Se agotará cualquier otra responsabilidad o posible pagador antes de aprobar la ayuda.

Comprendo que esta solicitud (o formulario) se realiza para que el hospital pueda decidir si soy idóneo para HCAP o la ayuda financiera según los criterios definidos. Si se prueba que alguna parte de la información que he entregado es falsa, comprendo que el hospital puede volver a verificar mi estado financiero y tomar las medidas que considere apropiadas. La solicitud incluye una declaración que autorice a OhioHealth a obtener información financiera de otras fuentes, tales como el informe de crédito del paciente, un registro de pertenencias o información de una agencia de cobranzas, de ser necesario.



Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
Firma del entrevistador: _____ Fecha: _____