

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DE SERVICIO: _____ NOMBRE DEL HOSPITAL: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE: _____ ESTADO CIVIL: _____

DEBE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA QUE SE LO CONSIDERE PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

1. CUANDO RECIBIÓ LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL, ¿VIVÍA USTED EN OHIO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "NO", ¿EN QUÉ ESTADO VIVÍA? _____
2. ¿HA SOLICITADO MEDICAID U OTRO TIPO DE ASISTENCIA DEL CONDADO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿EN QUÉ FECHA ENTREGÓ LA SOLICITUD? _____
 b) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿HA SOLICITADO MEDICAID EN UN ESTADO QUE NO SEA OHIO? SÍ _____ NO _____
 c) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿EN QUÉ ESTADO SOLICITÓ LA COBERTURA? _____
3. CUANDO RECIBIÓ LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL, ¿TENÍA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO? NOMBRE DEL SEGURO _____
 N.º de identificación _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ" (Y NO SE HA FACTURADO EL SEGURO), ENVÍE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO CON ESTA SOLICITUD.
4. ¿HA SOLICITADO UN SEGURO A TRAVÉS DEL INTERCAMBIO DE SEGURO MÉDICO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿CÓMO SE LLAMA EL SEGURO? _____
 N.º de identificación _____
5. CUANDO RECIBIÓ LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL, ¿FUE POR UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES SÍ, ¿PRESENTÓ UN RECLAMO? NÚMERO DEL RECLAMO: _____ NOMBRE DEL SEGURO: _____
6. ¿TIENE UNA CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ENVÍE UNA COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN CON SU SALDO ACTUAL.
7. **INDIQUE SI ALGUIEN EN SU HOGAR CUENTA CON LOS SIGUIENTES RECURSOS.**
 a) ¿TIENE VIVIENDA PROPIA O PAGA UN ALQUILER? VIVIENDA PROPIA _____ ALQUILER _____
 b) CUENTA CORRIENTE/CAJA DE AHORRO: SÍ _____ NO _____ SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ENUMERE EL VALOR TOTAL \$ _____
 c) OTROS ACTIVOS, QUE INCLUYEN, ENTRE OTROS, PLAZOS FIJOS/ACCIONES/BONOS/CUENTAS DEL MERCADO MONETARIO: SÍ _____ NO _____
 d) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ENUMERE EL VALOR TOTAL \$ _____

ENUMERE A TODAS LAS PERSONAS DE SU HOGAR. SI NECESITA MÁS ESPACIO, USE LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO.

NOMBRE	VÍNCULO CON EL PACIENTE	EDAD	INGRESO TOTAL EN LOS 3 MESES ANTERIORES A LA FECHA DE SERVICIO	INGRESO TOTAL EN LOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DE SERVICIO	FUENTE DE INGRESOS NOMBRE DEL EMPLEADOR (INDIQUE SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	TITULAR				

CON ESTA SOLICITUD, ENVÍE UN COMPROBANTE DE INGRESOS DE 3 O 12 MESES:

EL INGRESO ABARCA EL INGRESO TOTAL ANTES DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS, E INCLUYE, ENTRE OTROS, LO SIGUIENTE: • REMUNERACIONES O SALARIOS DE LOS EMPLEADOS (ENVÍE COMPROBANTES DE PAGO DE 3 MESES) • DESEMPLEO • PENSIÓN ALIMENTICIA • BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS • SEGURO SOCIAL (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) O CARTA DE ADJUDICACIÓN • MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS • PENSIÓN O JUBILACIÓN • 401K • CARTA DE ADJUDICACIÓN DE COMPENSACIÓN LABORAL • PAGOS DE UNA SUMA GLOBAL • PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PRIMERO EL TRABAJO DE OHIO (OWF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) • ANUALIDADES • RECIBOS DE EFECTIVO • REGISTROS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA • TRABAJOS OCASIONALES • DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES • CUALQUIER OTRO INGRESO • SI INFORMÓ QUE NO TIENE INGRESOS, DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DE APOYO PARA QUE SE LO CONSIDERE PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA • SE PUEDE SOLICITAR UN COMPROBANTE DE CUENTA DE CORRIENTE/CAJA DE AHORRO (U OTROS ACTIVOS) • LOS CUPONES PARA ALIMENTOS NO SE CONSIDERAN INGRESOS, PERO DEBEN ENUMERARSE EN LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DE APOYO

SI INFORMÓ QUE NO TIENE INGRESOS, ¿CÓMO RECIBE APOYO? _____

CERTIFICACIÓN: AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LAS RESPUESTAS DE ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. SI EN UNA REVISIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UNA PERSONA SE REVELA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ERA INCORRECTA O FRAUDULENTO, SE PUEDE REVERTIR LA DECISIÓN DE OTORGAR ASISTENCIA FINANCIERA Y SE LE FACTURARÁ A LA PERSONA RESPONSABLE. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO DEBE SER VERIFICADA POR EL PROVEEDOR DEL HOSPITAL, QUE INCLUYE LOS ORGANISMOS DE CRÉDITO, Y DEBE SER REVISADA POR ORGANISMOS FEDERALES O ESTATALES U OTROS, SEGÚN CORRESPONDA.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE: _____ VÍNCULO: _____ FECHA: _____
 (SI NO ES PACIENTE)

ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A:
 MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
 4605 DUKE DRIVE
 MASON, OH 45040