

**Solicitud de asistencia financiera
Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio
(HCAP) y Programa de Asistencia Financiera de Ohio Valley Surgical Hospital**

Por favor, imprima toda la información			
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMERO, M)		SEGURIDAD SOCIAL NO.	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL DEL ESTADO
<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO*	Situación laboral en el momento del servicio <input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Desempleados		1. ¿ERA USTED RESIDENTE DE OHIO EN EL MOMENTO DE SU SERVICIO HOSPITALARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 2. ¿ERA USTED UN BENEFICIARIO ACTIVO DE MEDICAID EN EL MOMENTO DE SU SERVICIO HOSPITALARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, NÚMERO DE FACTURACIÓN DE MEDICAID : _____ 3. ¿FUE USTED UN RECEPTOR ACTIVO DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD EN EL MOMENTO DE SU SERVICIO HOSPITALARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FECHA DEL SERVICIO	NÚMERO DE CUENTA DEL HOSPITAL.		
LA SOLICITUD CUBRE UNA ESTANCIA HOSPITALARIA Y/O TRES MESES (MES DE SERVICIO Y LOS DOS MESES SIGUIENTES)			SEGURO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO, PRIMERO, M)	Situación laboral en el momento del servicio <input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Desempleados	SEGURIDAD SOCIAL NO.	FECHA DE NACIMIENTO

"Familia" incluye al paciente, al cónyuge del paciente * (**independientemente** de si viven en el hogar) y a todos los hijos del paciente, naturales o adoptivos, **menores de 18 años que viven en el hogar** . Si el paciente es menor de 18 años, la "familia" incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente * (**independientemente** de si viven en el hogar) y a los hijos de los padres menores de 18 años que viven en el hogar.

NOMBRE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS DENTRO DE LOS TRES MESES ANTERIORES AL MES DE SERVICIO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR
(Paciente)		propio		
(Cónyuge)				
TOTAL DE PERSONAS EN LA FAMILIA		TOTAL FAMILIA RENTA		

\$0 ESTADO DE RESULTADOS:

Proporcione una breve declaración de cómo se cumplieron las necesidades básicas de alimentos / vivienda en los tres meses anteriores a su servicio.

* Se requieren ingresos de un cónyuge o padre que no vive en el hogar a menos que el cónyuge o padre ausente no contribuya al hogar; use el bloque INGRESOS para documentar "No contribuye".

**La verificación de ingresos incluye, entre otros, copias del total de salarios antes de impuestos, pensión, beneficios de SSI / SSD / desempleo, pensión alimenticia, manutención infantil (si el niño es paciente), beneficios de veteranos, distribuciones de una cuenta de jubilación (IRA), 401 (k) y 403 (b).

Si recibe beneficios de Seguro Social o por discapacidad, se puede enviar una carta de verificación de ingresos o su formulario 1099 más reciente. Se puede obtener una carta de verificación llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Yo, el undersigned, he proporcionado la información anterior para ser considerado para recibir asistencia financiera a través de Ohio Valley Surgical Hospital y; A mi leal saber y entender, afirmo que esta es información verdadera y precisa, y; Entiendo que estos son fondos federales y acepto la responsabilidad de su uso en mi nombre, y; Entiendo que Ohio Valley Surgical Hospital se reserva el derecho de modificar o cancelar este programa de acuerdo con las reglas del Departamento de Empleos y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS).

X _____
(EL PACIENTE O UN REPRESENTANTE LEGAL DE UN PACIENTE DEBE FIRMAR PARA QUE LA SOLICITUD SEA VÁLIDA) (FECHA)

X _____
(FIRMA/DEPARTAMENTO O AGENCIA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL) (FECHA)