

Miami Valley Hospital - Solicitud de aseguramiento de la atención / Programa de asistencia financiera

Número de cuenta del hospital:

Nombre del paciente	
Nombre del solicitante (Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas en relación con el paciente)	
Fecha de nacimiento	Número de teléfono:
Fecha del servicio recibido en el hospital	
1) ¿El paciente era residente de Ohio en el momento en que recibió el servicio? [] Sí [] No	
2) ¿El paciente tenía seguro médico en el momento en que recibió el servicio? [] Sí [] No Si la respuesta es "Sí", adjunte copia de la tarjeta médica del seguro.	
3) En el momento en que recibió el servicio, ¿el paciente era un beneficiario activo de Medicaid? [] Sí [] No Si la respuesta es "Sí", adjunte copia de la tarjeta médica del seguro.	

Debe proporcionarse la siguiente información para todas las personas que sean "familiares inmediatos" y que vivan en su casa. Para los fines del Programa HCAP, "familiares inmediatos" son padre, madre y cónyuge del paciente (independientemente de que vivan o no en la casa), y todos los hijos del paciente que sean menores de 18 años de edad (biológicos o adoptivos) que vivan en la casa del paciente.

Nombre completo	Edad	Relación con el paciente	Ingreso bruto correspondiente a los <u>3</u> meses calendario previos al servicio recibido en el hospital	Ingreso bruto correspondiente a los <u>12</u> meses calendario previos al servicio recibido en el hospital
Total de personas en la familia:		Ingreso familiar total:		

Si informó que su ingreso es \$0 , por favor, explique brevemente cómo usted (o el paciente) cubren sus necesidades diarias:	Marque el tipo de verificación de ingreso adjunta: <input type="checkbox"/> Copias de los talones de pago correspondientes a los 3 o los 12 meses previos a la fecha del servicio <input type="checkbox"/> Carta de empleador que indica el ingreso bruto correspondiente a los 3 o los 12 meses anteriores a la fecha del servicio <input type="checkbox"/> Declaración de impuesto a las ganancias <input type="checkbox"/> Cartas de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Todos los formularios W-2 correspondientes al núcleo familiar
---	--

Al firmar abajo, certifico que la información proporcionada arriba y de manera adjunta es correcta y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que la falta de veracidad de cualquiera de los datos aquí presentados puede ser motivo de que se rechace mi solicitud y deba reintegrar el total del saldo de la cuenta adeudado al hospital arriba mencionado.

(Obligatorio) Firma del paciente / Parte responsable: _____ **Fecha:** _____
 (Si el paciente es menor de 18 años, debe firmar su madre, su padre o un tutor legal).

**Si el paciente está imposibilitado de firmar, el solicitante debe explicar por qué en forma escrita:

Firma del representante del hospital: _____ **Fecha:** _____

Devolver este formulario con verificación del ingreso a:
 PHP-Care Assurance/FAP Program
 PO Box 932715
 Cleveland, OH 44193

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame a Servicio al cliente al (937) 208-2777.