

## Atrium Medical Center - Solicitud de aseguramiento de la atención / Programa de asistencia financiera

Número de cuenta del hospital:

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

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 <b>ingreso es \$0</b> , por favor, explique brevemente cómo usted (o el paciente) cubre sus necesidades diarias:			<b>Marque el tipo de verificación de ingreso adjunta:</b> <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 (513) 420-5033.