



Formulario de solicitud de ayuda financiera

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL PACIENTE: _____

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas con la información del paciente)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____ **DIRECCIÓN:** _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____ **TELÉFONO:** _____

De Para Visita n.º/N.º ref. hospital Monto en dólares

Fecha de servicio: _____ **Hospitalización** **Ambulatorio** **Urgencias**

(Una fecha de servicio 'elegible' incluye servicios ambulatorios por los 90 días inmediatamente posteriores al primer día aprobado).

¿Tenía seguro de salud al momento de su servicio hospitalario? Sí _____ No _____

¿Era beneficiario activo de Ayuda a las personas con discapacidad de Ohio al momento de su servicio hospitalario? Sí _____ No _____

(Si respondió Sí a esta pregunta, adjunte una copia de su tarjeta de Ayuda a las personas con Discapacidad [DA] con vigencia en la fecha de servicio anterior)

¿Era beneficiario activo de Medicaid al momento de su servicio hospitalario? Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, indique el número de identificación del beneficiario de Medicaid: _____

¿Era residente de Ohio al momento de su servicio hospitalario? Sí _____ No _____

La familia inmediata se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (biológicos y adoptivos) que vivan en el hogar del paciente. Si el paciente tiene menos de 18 años, la familia debe incluir al paciente, los padres biológicos o adoptivos del paciente y los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) de los padres que vivan en el hogar del paciente.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente	Ingresos BRUTOS por el período de 3 meses antes de la fecha de servicio	Ingresos BRUTOS por el período de 12 meses antes de la fecha de servicio	Tipo de ingresos
(Paciente)		(Paciente mismo)			
Cantidad total de personas en la familia:		Ingresos brutos totales de la familia:			

****Si sus ingresos no cubren sus necesidades básicas, explique cómo las cubre** _____

El solicitante debe proporcionar prueba de sus ingresos: recibos de sueldo que muestren 3 meses y el ingreso bruto desde el inicio del año hasta la fecha antes de la fecha del servicio, Seguridad Social, discapacidad, desempleo, compensación laboral, beneficios de VA, trabajo por cuenta propia, alquileres, pensión alimenticia, manutención de menores, retiros de 401/IRA, etc.

Envíe por correo a: The Bellevue Hospital, PO Box 8004, Bellevue, OH 44811. A la atención de: Asesoría financiera.

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que declaré en esta solicitud y en sus anexos es verdadero.

_____ _____
Firma del solicitante **Solo para uso del hospital** **Fecha**

Aprobado ___ Rechazado ___ HCAP ___ BCA ___ @ ___ % de ajuste Razón del rechazo _____

Asesor financiero _____ Fecha _____ Revisado por _____