

KETTERING HEALTH NETWORK

Kettering Memorial

Sycamore

Grandview

Southview

Greene Memorial

Fort Hamilton Soin Beaver Creek Medical Center

Kettering Behavioral Medicine Center

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Número del Seguro Social _____

Nombre de la persona que completa la solicitud _____

(Si es una persona distinta del paciente, indique el motivo por el cual el paciente no puede firmar)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha(s) del servicio hospitalario: _____

¿Era residente de Ohio al momento de recibir los servicios hospitalarios? Sí _____ No _____

¿Era receptor activo de Medicaid al momento de recibir los servicios hospitalarios? Sí _____ No _____

¿Ha solicitado beneficios de Medicaid dentro de los últimos 90 días? Sí _____ No _____

¿Era receptor activo de la Asistencia por Discapacidad al momento de recibir los servicios hospitalarios? Sí _____ No _____

Estado civil: Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Soltero ___ Pareja conviviente ___

OBLIGATORIO: Tamaño del hogar (incluidos usted, su cónyuge o pareja conviviente, todos los dependientes y todos los demás miembros del hogar): *

Información de su cónyuge o pareja conviviente:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Indique todos los miembros del hogar que deben considerarse para la asistencia financiera (use la página siguiente para indicar miembros adicionales del hogar, si es necesario)

No se olvide de incluir a todos los miembros del hogar y de indicar su relación con el paciente, ya que el Programa de Seguro de Atención Hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP) y KHN Charity calculan el tamaño de la familia de formas diferentes. (Solo los familiares por matrimonio, nacimiento o adopción calificarán para un hogar HCAP)

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

OBLIGATORIO: Ingresos brutos mensuales (deben informarse todos los ingresos del hogar)

Los ingresos informados deben ser por períodos de tiempo anteriores a la(s) fecha(s) del servicio hospitalario.

Asalariado	Paciente	Cónyuge/otro
Ingresos en efectivo (sin incluir regalos)		
Ingresos brutos del Seguro Social		
Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSDI)		
Ingresos suplementarios de seguridad (Supplemental Security Income, SSI)		
Pensión/jubilación		
Beneficios de VA		
Ingresos temporarios por discapacidad (Temporary Disability Income, TDI)		
Beneficios de desempleo		
Pensión		
Manutención de menores		
Asistencia para alquiler o vivienda		
Ingresos por propiedades alquiladas		
Otros: (describir)		
Ingresos mensuales totales:		

Si los ingresos del hogar son cero, escriba sus iniciales aquí _____ y dé una explicación breve de su situación financiera.

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud es verdadero y preciso, a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de KETTERING HEALTH NETWORK. Comprendo que si alguna parte de la información que he proporcionado es falsa, KETTERING HEALTH NETWORK reevaluará mi estado financiero y tomará las medidas apropiadas. Entiendo que es posible que tenga que proporcionar una prueba de los ingresos según lo define KHN, y la falta de envío de la documentación solicitada provocará la denegación de mi solicitud.

Firma del solicitante _____ Fecha de hoy _____

No escriba por debajo de esta línea: Solo para uso del asesor financiero

Ingresos totales mensuales del hogar: _____ Ingresos mensuales solo aplicables para el HCAP: _____

Tamaño total de la familia del hogar: _____ Tamaño de la familia solo aplicable para el HCAP: _____

El paciente está calificado para:

HCAP

Extended Charity (Programa de caridad ampliado del HCAP)*

Basic Charity (Programa básico de caridad)

Exceso de ingresos para todos los programas

* SE EXIGIRÁ UNA PRUEBA DE LOS INGRESOS PARA TODAS LAS SOLICITUDES DE AMPLIACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CARIDAD