

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: _____

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

¿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 ___

¿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: _____ (edad) _____

Indique todos los miembros del hogar que deben considerarse para la asistencia financiera. No se olvide de incluir a todos los miembros del hogar, su relación con el paciente e incluya a los padres 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: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ (edad) _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ (edad) _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ (edad) _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ (edad) _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ (edad) _____ **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.

Ingresos del hogar	Paciente	Cónyuge o pareja conviviente	Dependiente de 18 a 20 años	Padre, madre o cuidador
Ingresos del empleo				
Ingresos brutos del Seguro Social				
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	\$	\$	\$	\$

OBLIGATORIO:

1. ¿Se han producido cambios en sus ingresos mensuales en los últimos 12 meses? Sí _____ No _____
2. Ingresos brutos totales familiares para los 3 meses anteriores \$ _____
3. Ingresos brutos totales familiares para los 12 meses anteriores \$ _____
4. Si se informan ingresos de \$0, proporcione una breve explicación sobre cómo cumple con sus obligaciones mensuales.

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: _____

Por favor complete la aplicación y remita con la prueba de ingresos a KHN ayuda financiera 2110 Leader Rd. Miamisburg, OH 45342