

KETTERING HEALTH NETWORK

Kettering Memorial Sycamore Grandview South View Greene Memorial Fort
Hamilton Soin Beavercreek Medical Center Kettering Behavioral Medicine

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Número de teléfono _____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre de la persona que completa la solicitud _____

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 _____

OBLIGATORIO

1. Cantidad total de miembros de la familia (incluido el paciente) que viven en el hogar: _____

Seleccione los nombres y las edades de los miembros de la familia elegibles y marque el casillero que indica la relación adecuada.

Nombre del miembro de la familia	Edad

Padre	Cónyuge	Hermano	Hermana	Hijo

Adjunte una lista de dependientes adicionales.

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

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.

Firma de quien presenta la solicitud _____ Fecha de hoy _____

Esta solicitud es válida por 45 días a partir de la fecha original del servicio para hospitalizaciones, y 90 días para servicios ambulatorios.