

## Solicitud de asistencia financiera

### Programa de asistencia financiera de MetroHealth / HCAP

Si cumple con las Pautas federales de pobreza o le gustaría ser considerado para el Programa de asistencia financiera de MetroHealth, complete este formulario en su totalidad y devuélvalo al Departamento de Admisión de Atención de MetroHealth Medical Center.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas según se apliquen al paciente.)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA(S) DEL SERVICIO: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

1. ¿Era residente de Ohio en el momento del servicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  2. ¿Era beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  3. ¿Era beneficiario activo de Asistencia por discapacidad en el momento del servicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- (Si respondió Sí a esta pregunta, adjunte una copia de su tarjeta de DA vigente durante el servicio a esta solicitud.)
4. ¿Tenía seguro médico (distinto de Medicaid) en el momento del servicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Enumere a continuación la siguiente información para todas las personas de la familia inmediata del paciente que viven en el hogar. "Familia" se define como el paciente, el cónyuge del paciente (que vive en el hogar o no) y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

Nombre	Edad	Número de registro médico	Relación con el paciente	Número de meses de ingresos recibidos de los 12 meses anteriores a la fecha del servicio	Tarifas por hora		Y/O	Tarifas por mes
					Tarifa por hora	Número promedio de horas trabajadas por semana		Ingresos mensuales (incluye SSI, pensión conyugal, desempleo) Incluya el tipo de beneficio: SSI, BWC, etc.
(Paciente)								
<b>Total de personas en la familia</b>			<b>Total de ingresos de la familia</b>					

**Revise el tipo de verificación de ingresos adjunta. Tenga en cuenta: envíe copias de los documentos. No se devolverán los originales.**

- Copias de los recibos de pago de los 3 y/o 12 meses anteriores a la fecha del servicio
- Carta del empleador que indique los ingresos brutos de los 3 y/o 12 meses anteriores a la fecha del servicio
- Carta de beneficios de Seguro Social/Jubilación/Discapacidad que cubra los 3 y/o 12 meses anteriores a la fecha del servicio
- Verificación del beneficio de desempleo de los 3 y/o 12 meses anteriores a la fecha del servicio

Si declara un ingreso de \$0, escriba arriba una breve explicación de cómo se mantuvo económicamente durante los 3 y/o 12 meses anteriores a la fecha del servicio. Si recibe apoyo de alguien, pídale a esa persona que le proporcione una carta que indique el período de tiempo que lo ha apoyado y el tipo de apoyo que le ha brindado.

\*Debe notificar a MetroHealth System sobre cualquier cambio en los ingresos del hogar o en el estado del seguro médico como participante de este programa.

\*Por la presente, autorizo que se divulgue a MetroHealth System y sus representantes información crediticia y laboral para determinar la elegibilidad para los beneficios. Doy mi permiso a The MetroHealth System para que proporcione mi nombre, dirección, número de teléfono e información médica y de facturación necesaria a la organización que ayuda a los pacientes de MetroHealth a calificar para los programas de beneficios gubernamentales y otros programas de beneficios médicos, incluido Johnson & Johnson Patient Assistance Foundation, Inc. y Lash Group, Inc., para los fines del Programa Hospital Access Patient Assistance.

\*Entiendo que si retengo información o presento información fraudulenta, MetroHealth se reserva el derecho de revocar los descuentos asignados y adjudicar retroactivamente reclamaciones previamente descontadas.

\*Mediante mi firma a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en los adjuntos es verdadero.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante  
Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor financiero  
Plan asignado \_\_\_\_\_