

## The MetroHealth System

## Hoja de documentación del programa de asistencia financiera y asistencia de Medicaid

Según su entrevista de Elegibilidad financiera, se solicitan los siguientes documentos para garantizar una asignación exitosa de un Programa de asistencia financiera y/o la finalización de una Solicitud de Medicaid:

1. \_\_\_\_\_ Licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar o pasaporte de los Estados Unidos
2. \_\_\_\_\_ Tarjeta de residente permanente para todos los miembros de la familia
3. \_\_\_\_\_ Visas, pasaportes o documentos de ciudadanía y naturalización
4. \_\_\_\_\_ Certificados de nacimiento de hijos menores
5. \_\_\_\_\_ Certificado de matrimonio, decreto de divorcio o certificado de defunción
6. \_\_\_\_\_ Carta de tutela y/o poder notarial
7. \_\_\_\_\_ Factura de servicios públicos, correo comercial recibido en los últimos 60 días
8. \_\_\_\_\_ Contrato de arrendamiento o alquiler firmado o recibido en los últimos 60 días
9. \_\_\_\_\_ Carta que describe prueba de manutención y/o residencia firmada y fechada
10. \_\_\_\_\_ Declaración de impuestos federales de años anteriores (impuestos personales, corporativos, de sociedades), incluidos todos los W2 y/o 1099
11. \_\_\_\_\_ Recibos de pago de cada empleador de los últimos tres (3) meses
12. \_\_\_\_\_ Prueba de ingresos perdidos en los últimos tres (3) meses (carta de terminación de empleo, carta de terminación de beneficios)
13. \_\_\_\_\_ Declaración de ingresos brutos de las siguientes agencias:
  - Seguro Social                       Jubilación
  - Administración de Veteranos       Compensación de trabajadores
  - Compensación por desempleo       Discapacidad a corto/largo plazo
14. \_\_\_\_\_ Declaración de ingresos de:  Manutención de los hijos  
 Pensión conyugal
15. \_\_\_\_\_ Declaración anual de intereses devengados/ganancias de capital de cuentas bancarias, acciones, bonos, CD, IRA
16. \_\_\_\_\_ Declaración de ganancias brutas mensuales de los últimos 12 meses si trabaja por cuenta propia, es propietario de una propiedad de alquiler, realiza trabajos ocasionales, tiene una sociedad comercial o es propietario de una corporación
17. \_\_\_\_\_ Copia de las siguiente declaracione de programa:
  - Carta de concesión/denegación de Medicaid o prueba de caso de Medicaid cerrado de otro estado
18. \_\_\_\_\_ Solicitud de FAP/HCAP completada y firmada

**Haga copias de sus documentos, ya que no se devolverán los originales. Devuelva este formulario junto con su documentación.**

La documentación puede enviarse de 3 formas:

- 1) *Correo postal a:*  
MetroHealth Medical Center  
Admitting Department  
The MetroHealth System  
PO BOX 74732  
Cleveland, Ohio 44197-9940
- 2) *Fax a (216) 778-4884*
- 3) *Correo electrónico a MHFinacialEligibility@metrohealth.org*

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame al (216) 957-2325

Su cita de redeterminación está programada para la siguiente fecha

-----

¿Está registrado en MyChart? \_\_\_ Sí \_\_\_ No      Si su respuesta es No, ¿le gustaría registrarse? \_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_ No

Revisado 1/2024