

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 siguientes declaraciones de programas:
 - Cupones de alimentos
 - Vivienda para personas de bajos ingresos
 - 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 933467
Cleveland, Ohio 44197-9802
- 2) *Fax a (216) 778-4884*
- 3) *Correo electrónico a MHEligibility@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

Firma del paciente

Fecha