



Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de MetroHealth / HCAP

Nombre del paciente: _____ Fecha de solicitud: _____

Nombre del solicitante, si no es paciente: _____

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas como si se tratara del paciente).

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

FECHA(S) DE SERVICIO: Desde _____ Hasta _____

1. ¿Residía usted en Ohio en el momento de prestar el servicio? Sí _____ No _____
2. ¿Era usted beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio? Sí _____ No _____
3. ¿Tenía seguro médico (aparte de Medicaid) al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____

Por favor, proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. Para los fines de HCAP, la familia se define como el paciente, su cónyuge y todos los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) del paciente que viven en su hogar. Si el paciente es menor de dieciocho años, la familia incluirá al paciente, a sus padres biológicos o adoptivos y a los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) de estos que viven en su hogar.

				Tarifas mensuales
nombre	Edad	Médico Registro#	Relación con Paciente	Ingresos mensuales (incluye SSI, pensión alimenticia, subsidio por desempleo). Incluye el tipo de prestación: SSI, BWC, etc.
(Paciente)			uno mismo	

* Como participante en este programa, usted está obligado a notificar a MetroHealth Systems cualquier cambio en los ingresos familiares o en el estado de su seguro médico.

Por la presente, autorizo la divulgación de información crediticia y laboral al Sistema MetroHealth y a sus representantes para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Doy mi permiso al Sistema MetroHealth 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 programas gubernamentales y otros programas de beneficios médicos para los fines del Programa de Asistencia al Paciente de Acceso Hospitalario.

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

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es cierto.

Firma del solicitante

Fecha _____

Firma del asesor financiero

Plan asignado _____