



Los hospitales comunitarios y centros de salud

433 W. High St. Bryan, OH 43506-1679 Tel (419)630-2149 Fax: (419)636-5781
121 Westfield Drive Archbold, OH 43502-1061 Tel (419)445-4415 Fax: (419)636-5781
909 E. Snyder Ave. Montpelier, OH 43543-1271 Tel (419)485-3154 Fax: (419)636-5781

www.chwchospital.org

AVISO DE POLÍTICA NUEVA desde el 1 de enero de 2023 aceptamos solamente aplicaciones de los individuos que viven en el área de los cuatro condados: los condados Defiance, Fulton, Henry, y Williams.

APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Nombre del solicitante: _____ Nombre del/la cónyuge: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha(s) de Servicio hospitalario: _____

- 1. ¿Tenía Medicaid en el momento del servicio? Sí _____ No _____
- 2. ¿Tenía seguro médico u otro seguro vehicular/de responsabilidad (civil) en el momento del servicio? Sí _____ No _____
(Favor de adjuntar una copia de la tarjeta de Seguro Medicaid o de otro seguro que no ha pagado esta factura).

Favor de poner la información siguiente de todas las personas de su familia que viven en la casa de usted. A efectos de HCAP, la palabra "familia" por definición consiste en el paciente, el/la cónyuge del paciente, y de todos los hijos del paciente (naturales o adoptivos) que tienen menos de 18 años y que viven en el domicilio de sus padres. Los ingresos brutos son antes de los impuestos y otras deducciones.

Nombre	Edad	Relación Al paciente	Los ingresos brutos 3 Meses antes de la Fecha de servicio	Los ingresos brutos 12 Meses antes de la Fecha de servicio	Verificación del Tipo de ingreso Adjunta *
El total de personas en la familia:		Ingresos totales:			

***La verificación de ingresos es obligada, incluso los siguientes pero no solo ellos: los recibos de sueldo, la nómina impresa de los meses pedidos, declaración del seguro social, declaración del desempleo, pensión alimenticia, pensión conyugal, compensaciones a los trabajadores, pensión, los beneficios a los veteranos, cupones de alimentos, y otros ingresos por inversiones (declaraciones de impuestos a la renta y las formas W2 pueden estar utilizados para algunas cuentas)**

Si ningún ingreso esta declarado, escribe una explicación como el paciente se puede mantener a sí mismo:

Los ingresos brutos mensuales actuales (antes de los impuestos y otras deducciones) para todos los miembros de la familia que viven en la casa: _____

Haga una lista de los valores de todos los activos en efectivo y mande la prueba de todos los saldos (ponga 'ninguno' para todas las cuentas que usted no tiene)

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos / de Ahorros Médicos: \$ _____ Valores de la Propiedades (aparte de su residencia): \$ _____

Cuenta(s) de Ahorros: \$ _____ Cuenta(s) Corriente(s): \$ _____

(Información adicional para ayudar CHWC determinar su necesidad económica puede estar notada al reverso de este formulario, incluso los gastos extraordinarios médicos u otros gastos)

La asistencia financiera dada por CHWC puede ser revocada si la información no es correcta. Dando información falsa para causar que otra persona brinde crédito o confiera cualquier beneficio de valor puede ser en violación del Código Revisado de Ohio Sección 2921.13.

En acuerdo con mi firma de abajo, afirmo que la información en esta aplicación es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante _____

Fecha _____