

Si desea que lo consideren para los programas de ayuda financiera, llene el siguiente formulario en su totalidad y devuélvalo a Wexner Medical Center de Ohio State University (OSU).

Usted no cumple los requisitos para la ayuda financiera si ingresa al estado de Ohio solo para recibir tratamiento médico.

Si necesita ayuda adicional para pagar la factura de Wexner Medical Center de OSU, llame al 614-293-2100.

Nombre del paciente _____	Fecha de hoy: _____
Dirección: _____	
Fecha de nacimiento _____	Número de expediente médico (solo para uso interno): _____
1) ¿Era el paciente residente de Ohio al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____	
2) ¿Tenía el paciente seguro médico al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____	
3) ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid al momento de recibir el servicio? ... Sí _____ No _____	
Si respondió sí a las preguntas 2 o 3, adjunte una copia de su seguro o tarjeta de Medicaid a esta solicitud.	

Fecha del servicio hospitalario: _____

Entregue la siguiente información para todos los miembros de su familia directa.

Para propósitos del Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP, Hospital Care Assurance Program), “familia” se define como el paciente, el cónyuge del paciente (que vive o no en la misma casa) y todos los hijos del paciente menores de 18 años de edad (biológico o adoptivos) que vivan en la casa del paciente (agregue páginas adicionales si es necesario).

** Si el paciente es menor de edad, se deben indicar los dos padres biológicos, incluso si no viven en la casa.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Ingreso total recibido dentro de los tres (3) meses ANTERIORES a la fecha del servicio	Ingreso total recibido dentro de los doce (12) meses ANTERIORES a la fecha del servicio	Fuente de ingreso (trabajo, jubilación, Seguro Social, seguro de desempleo, etc.)	Fecha de inicio o contratación
		paciente	\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		

Revise el tipo de verificación de ingresos que se adjunta: La verificación de ingresos debe incluir los 3 y 12 meses ANTERIORES a la fecha del servicio (envíe copias; no se devolverán los documentos originales).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copias de comprobantes de talonarios de pago | <input type="checkbox"/> Verificación de beneficio de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Carta de beneficio del Seguro Social, jubilación, discapacidad | <input type="checkbox"/> Verificación de cualquier ingreso recibido |
| <input type="checkbox"/> Carta del empleador que declara el ingreso bruto recibido | |

Si informa de un **ingreso de \$0**, adjunte una breve explicación de cómo ha sobrevivido financieramente durante los últimos 3 y 12 meses anteriores a la fecha del servicio. Si recibe ayuda de alguien, pida a esa persona que proporcione una carta en la que declare el período durante el cual le ha proporcionado ayuda y el tipo de ayuda proporcionada.

Si el ingreso familiar es superior al Nivel Federal de Pobreza, revisaremos su cuenta en busca de programas de ayuda adicionales. Esta revisión puede incluir la obtención de información de su informe crediticio.

Mediante mi firma a continuación, certifico que todo lo que declaré en esta solicitud y en todos los documentos adjuntos es verdadero.

Firma del solicitante _____	Fecha _____
Relación con el paciente (si no es el paciente) _____	() _____
Comentarios (solo para uso interno): _____	

Devuelva este formulario con la verificación de ingresos a la siguiente dirección:
OSU Wexner Medical Center
Financial Assistance Department
PO Box 183107
Columbus, OH 43218-3107
N.º de fax: 614-293-2260

Sólo para uso interno
Persona que revisa: _____ Escanear a Ayuda Financiera