

Solicitud de asistencia financiera

Complete todos los campos y firme donde se indica. Proporcione todos los tipos de ingresos familiares brutos, como los de empleos, compensaciones por desempleo, seguridad social, pensiones, trabajo por cuenta propia, discapacidad, indemnización por accidente laboral, etc. La ley exige que los hospitales de Ohio brinden servicios hospitalarios médicamente necesarios sin cargo a cualquier persona elegible. Si su situación se encuentra dentro de las Guías federales de ingresos que definen el nivel de pobreza (consulte la tabla), complete este formulario y devuélvaselo al asesor financiero de Van Wert Health.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL PACIENTE _____
 (Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas según correspondan al paciente).

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ C. P. _____

CORREO ELECTRÓNICO _____
 (Si desea recibir comunicaciones sobre la solicitud por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico).

FECHA(S) DEL SERVICIO HOSPITALARIO: DESDE: _____ HASTA: _____

¿Era usted residente de Ohio en el momento en que recibió el servicio hospitalario? SÍ NO

Si es así, indique el condado: _____

¿Era usted beneficiario activo de Medicaid en el momento en que recibió el servicio hospitalario? SÍ NO

En caso afirmativo, indique el número de identificación de beneficiario de Medicaid: _____

¿Era usted beneficiario activo de Asistencia por discapacidad en el momento en que recibió el servicio hospitalario? SÍ NO

(En caso afirmativo, adjunte a esta solicitud una copia de su tarjeta de Asistencia por discapacidad vigente durante la prestación de su servicio hospitalario)

¿Tenía seguro médico (que no fuera Medicaid) en el momento en que recibió el servicio hospitalario? SÍ NO

Si está relacionado con un automóvil, ¿tiene un seguro automotor que cubra esta fecha de servicio? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? _____

Nombre del perito del seguro: _____ Teléfono: _____

Los ingresos anuales deben ser iguales o menores que las siguientes cantidades según el tamaño de la familia

ESTADO DE INGRESOS COMPARADO CON LOS NIVELES FEDERALES DE POBREZA DE 2022		
Tamaño de la familia	100% HOPE	60% HOPE
1	\$ 13,590	\$ 27,180
2	18,310	33,458
3	23,030	39,736
4	27,750	46,014
5	32,470	52,292
	Agregue \$4,720 por cada persona adicional	Agregue \$6,278 por cada persona adicional

