

SOLICITUD DE EVALUACIÓN PARA AYUDA ECONÓMICA



Nombre del Paciente _____ Estado Civil _____

Domicilio Completo _____ Teléfono _____

No. de Seguro Social _____ - _____ - _____ Número de Cuenta(s) _____

Fecha(s) de Servicio _____

- Usted debe postular al programa de asistencia financiera del Hospital Mount Carmel dentro de los primeros 6 meses desde la fecha en que usted recibió servicios médicos o la primera factura.

¿Era usted residente de Ohio cuando se le prestaron los servicios médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estaba usted recibiendo Asistencia por Incapacidad cuando se le prestaron los servicios médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted actualmente residente de Ohio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Era usted elegible para obtener Medicaid, Medicaid con Deducible (with a Spend Down), Caresource, o Molina en esta fecha de servicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted viviendo en Ohio con el único propósito de recibir atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tenía usted seguro médico cuando se le prestaron los servicios médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es o será alguna otra entidad (o persona) responsable por esta deuda? Si la respuesta es Sí, Nombre _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	**Si usted marcó sí en cualquiera de las preguntas anteriores, por favor envíe copias de su tarjeta de seguro médico u otro comprobante de cobertura para que nosotros enviemos las facturas correspondientes.	

Incluya solamente a su esposo/sa e hijos menores de 18 años, naturales o adoptivos que vivan dentro o fuera del hogar.

Nombre	Edad	Vive en el hogar	Parentesco
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si el paciente es menor de edad, por favor provea los ingresos de la madre y el padre en lugar del ingreso del paciente y su cónyuge.

INGRESO EN BRUTO (Antes de descontar los impuestos)	PACIENTE/ MADRE	CÓNYUGUE/ PADRE
Ingreso TOTAL de 3 meses antes de la fecha de servicio.	\$	\$
Ingreso TOTAL de 12 meses antes de la fecha de servicio.	\$	\$
¿Cuánto será el ingreso TOTAL que espera tener a fin de este mes?	\$	\$
Haga una lista de cualquier otro ingreso mensual que usted reciba y el origen de ese ingreso.	\$	\$
Si usted declara "\$0" como ingreso, por favor escriba una breve explicación de cómo se mantiene económicamente.		

GASTOS / BIENES		
Arriendo/Dividendos	\$	\$
Facturas o Prescripciones Médicas/Recetas	\$	\$
¿Es dueño de su residencia principal o de alguna propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Valor: \$
¿Cuentas Bancarias/Balances?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Valor: \$

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta dentro de mis conocimientos y que puede ser sujeta a confirmación por Mount Carmel Health. Entiendo que me pueden pedir comprobantes de mis ingresos y/o de mis bienes junto con esta solicitud. Para los propósitos de postulación para el programa de asistencia financiera del hospital, autorizo a Mount Carmel Health a solicitar el (los) informe(s) de la oficina de créditos para verificar esta información. Estoy consciente de que si la información fuera falsa, seré yo, el o la responsable por el pago de los servicios recibidos. Por favor, incluya una carta explicando alguna circunstancia excepcional.

Firma _____

Fecha _____