



SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE UNIVERSITY HOSPITALS

Si cree que puede calificar para la ayuda económica, complete esta solicitud. Debe completar y firmar toda la solicitud para que se considere.

Si tiene preguntas o preocupaciones relacionadas con esta solicitud o necesita ayuda para completarla, llámenos al (866) 771-7266 o visítenos en cualquiera de los centros de UH.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Fecha de servicio: _____
 Dirección: _____ Estado civil: _____ N.º de cuenta: _____
 Ciudad: _____ Teléfono: _____ Centro que prestó el servicio: _____
 Estado: _____ Código postal: _____

¿Vivía en Ohio el día en que recibió el servicio? Sí No

¿Su seguro médico cubre estos servicios? Sí No

Si respondió "Sí", escriba la información abajo y adjunte una copia de la tarjeta del seguro

Nombre de la compañía de seguros: _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo: _____

¿Es elegible para COBRA? Sí No

¿Tiene beneficios de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba el N.º de facturación _____ y adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid

¿Tiene Acuerdo de reembolso de gastos médicos Cuenta de ahorro de gastos médicos Cuenta de gastos flexibles

Liste abajo todos los miembros del grupo familiar. Incluya a la madre/padre, al cónyuge (viva o no en la casa) y a los hijos (biológicos o adoptivos) menores de 18 años que vivan con el paciente. Incluya copias de verificaciones de ingresos, como talones de pago, determinaciones del seguro social, compensación de los trabajadores, declaración de impuestos o llame a un asesor financiero de UH para hablar sobre qué otras pruebas se pueden presentar para demostrar elegibilidad.

Familiares del paciente	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos de los 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingresos de los 12 meses antes de la fecha del servicio
Paciente -		usted			
2.					
3.					
4.					
5.					

Si informó ingresos de \$0.00, explique brevemente cómo usted (o el paciente) sobrevivió económicamente durante el período que se pide arriba.

También tengo facturas en estos centros de UH: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Firmando abajo doy fe a mi leal saber y entender que las respuestas en esta solicitud son verdaderas. Entiendo que es ilegal presentar información falsa deliberadamente para obtener beneficios del gobierno. También entiendo que otras partes pueden confiar en la información que aquí proporciono. Por la presente, las autorizo a hacerlo.

Firma de la parte responsable: X _____

Fecha: _____

Firma del representante de UH: X _____

Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

GASTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS DEL AÑO NATURAL ANTERIOR

Este formulario se usa para identificar los gastos de bolsillo médicamente necesarios para ayudar a determinar si califica para la ayuda económica según la Política de ayuda económica de UH.

COMPLETE SOLAMENTE SI TIENE SEGURO MÉDICO Y BUSCA AYUDA O SI NO TIENE SEGURO Y SUS INGRESOS SON MAYORES AL 250 % DE LAS DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA

Liste todos los servicios de hospital, médicos y de farmacia de los que es responsable desde el año natural anterior. Tenga en cuenta que la compañía de seguros debe dar una explicación de beneficios para todos los gastos.

<u>PROVEEDOR DEL SERVICIO</u>	<u>FECHA DEL SERVICIO</u>	<u>CANTIDAD POR COBRAR AL PACIENTE</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

TOTAL QUE DEBE EL PACIENTE EN ESTE AÑO NATURAL _____

¿Tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud? Llámenos al (866) 771-7266

Envíe su solicitud completada a University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED Date Completed: _____