

### SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE UNIVERSITY HOSPITALS

Si usted cree que puede reunir los requisitos para la ayuda económica, complete esta solicitud. Debe completar y firmar toda la solicitud para que sea considerada. Con respecto a preguntas o inquietudes relacionadas con la finalización de esta solicitud, comuníquese con nosotros al (216) 844-8299 o (800) 859-5906 o visítenos en cualquiera de las instalaciones de UH.

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento del paciente: _____	Fecha de prestación del servicio: _____
Dirección: _____	Estado civil: _____	N.º de cuenta: _____
Ciudad: _____	N.º de teléfono: _____	Servicio recibido: _____
Estado: _____ Código postal: _____		

¿Vivía en Ohio el día en que recibió el servicio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su seguro médico cubre estos servicios?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<i>En caso afirmativo, ingrese la información a continuación y adjunte una copia de la tarjeta del seguro.</i>
Nombre de la aseguradora: _____	N.º de política _____	N.º de grupo: _____	
¿Cumple con los requisitos de COBRA?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuenta con beneficios de Medicaid?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<i>En caso afirmativo, ingrese el n.º _____ de factura y adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid.</i>
¿Cuenta usted con	<input type="radio"/> un plan de reembolso para gastos médicos?	<input type="radio"/> una cuenta de ahorro para gastos médicos?	<input type="radio"/> una cuenta de gastos flexible?

A continuación, enumere a todos los integrantes de su hogar. Incluya a los padres, cónyuges (no importa si viven en la casa o no) y a los niños (biológicos o adoptados) menores de 18 años que vivan con el paciente. Incluya copias que verifiquen los ingresos, como recibos de pago, determinaciones del seguro social, indemnización a los trabajadores, declaración de impuestos, o llame a un asesor financiero de UH para que le explique qué otras pruebas se pueden presentar para demostrar que cumple con los requisitos.

Familiares del paciente	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos o nombre y apellido del empleador	Ingreso de los 3 meses previos a la fecha de	Ingreso de los 12 meses previos a la fecha de prestación del servicio
<b>Paciente</b>		paciente			
2.					
3.					
4.					
5.					

*Si usted anunció un ingreso de \$0.00, explique brevemente cómo usted (o el paciente) sobrevivió económicamente durante el periodo solicitado más arriba.*

También tengo cuentas de las siguientes direcciones de UH:  CMC  AHUJA  RH RICHMOND  RH BEDFORD  GEAUGA  GENEVA  CONNEAUT  PORTAGE  ST JOHN  ELYRIA  PARMA  SAMARITAN  UH MEDICAL GROUP

Con la presente firma, doy fe a mi leal saber y entender que las respuestas en esta solicitud son verdaderas. Entiendo que es ilegal presentar información falsa a sabiendas para obtener beneficios del gobierno. También entiendo que otras partes pueden confiar en la información que aquí proporciono. Por el presente documento, 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  MI  
 Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

## GASTOS MÉDICOS NECESARIOS DEL AÑO CALENDARIO 2016

Este formulario se utiliza para identificar los gastos médicamente necesarios abonados por el paciente para determinar si usted reúne los requisitos para la ayuda económica adicional bajo la Política de ayuda económica de UH.

**COMPLETE SOLAMENTE SI USTED TIENE SEGURO MÉDICO Y BUSCA ASISTENCIA, O SI NO TIENE SEGURO Y SU INGRESO ES MAYOR AL 250 % DEL ÍNDICE FEDERAL DE POBREZA.**

Enumere todos los hospitales, médicos y servicios farmacéuticos con quienes tiene obligaciones durante las fechas de prestación del servicio del año 2016. Tenga en cuenta que la aseguradora debe proporcionar una explicación de los beneficios por todos los gastos.

<u>PROVEEDOR DEL SERVICIO</u>	<u>FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO</u>	<u>MONTO 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
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

**TOTAL QUE DEBE EL PACIENTE EN ESTE AÑO CALENDARIO** \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud? Llámenos al (216) 844-8299 o al (800) 859-5906

Presente su solicitud completa en University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_ o 10 o 15 o 20 o 25 o NOT QUALIFIED      Date Completed: \_\_\_\_\_