

Ohio County Hospital

1211 Main Street
Hartford, KY 42347

Aplicación de asistencia financiera

Gracias por escoger al Hospital del Condado de Ohio para sus necesidades de atención médica.

Nos complace proporcionarle esta aplicación para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia con sus gastos médicos. Para que podamos procesar su solicitud, la información solicitada debe completarse en su totalidad. Tenga por seguro que la información que proporcione se tratará como confidencial y solo se utilizará para determinar si se le puede proporcionar asistencia financiera.

Como parte de la revisión procesada, le pedimos que envíe toda la documentación correspondiente que se detalla a continuación. Se requieren todas las páginas de todos los documentos y no se aceptarán documentos alterados. Si los lineamientos de los impuestos federales requieren que complete una declaración de impuestos, esa declaración debe completarse antes de que se pueda considerar la asistencia financiera. Si no se proporciona toda la información solicitada, puede que se rechace su solicitud. La falsificación de cualquier tipo puede resultar en la negación permanente de asistencia financiera bajo la política de FAP para de la Corporación del Hospital del Condado de Ohio County. Debe agotar todas las formas de asistencia estatal antes de calificar para recibir asistencia. Los documentos requeridos son los siguientes:

- Solicitud de asistencia financiera completamente completa y firmada
- Copia de su declaración de impuestos federales más reciente, incluyedno los formularios W-2.
- Copias de los dos (2) talones de pago más recientes para todos los asalariados en el hogar
- Comprobante de Seguridad Social, discapacidad, pensiones y cualquier otra forma de ingreso para todos los miembros del hogar
- Evidencia de la carta que muestre la solicitud de Medicaid o la falta de elegibilidad (la cooperación total con nuestro personal o la Oficina de Asesoramiento Financiero será una evidencia aceptable)
- Prueba del tamaño de la familia si no figura en el documento fiscal

Para obtener asistencia para completar la solicitud, comuníquese con la Oficina de Asesoramiento Financiero del Paciente al 270-298-5431 o al 270-298-5138, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., o visite la oficina de asesoría financiera.

PARA USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE

Aplicación aceptada por: _____ Fecha: _____

APROBADO: _____ RECHAZADO: _____ INCOMPLETO: _____ CUIDADO INDIGENTE: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____

La solicitud debe ser aprobada por el Director de Servicios Financieros para pacientes o personal autorizado

Ohio County Hospital

1211 Main Street
Hartford, KY 42347

Atención: Oficina de asesoramiento financiero para pacientes

Aplicación de asistencia financiera

Ohio County Hospital Corporation offers a financial assistance program for patients in financial need. Patients that do not qualify for assistance through Medicaid may qualify for charity care based on the Federal Poverty Guidelines. Please answer all questions completely and to the best of your knowledge in order to prevent delaying this application. Copies of income from all sources and required tax documentation **MUST** be attached or application will be rejected as incomplete.

() Asistencia financiera - Servicios del Hospital del Condado de Ohio County

() Asistencia financiera - Servicios clínicos del Hospital del Condado de Ohio County

Fecha: _____

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento de paciente: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del solicitante (si es alguien más que el paciente): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

- En qué estado residió en el momento del servicio? _____
- ¿Fue usted un recipiente activo de Medicaid en el momento del servicio? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, número de identificación del beneficiario de Medicaid: _____
- ¿Tenía seguro de salud / responsabilidad (que no sea Medicaid) al momento del servicio? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, escriba el nombre y número de identificación del aplicante: _____

Lista todos los miembros "familiares" (incluyéndose a usted). La familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) del paciente que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente (independientemente de dónde residan) y a los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación al paciente	Ingreso bruto 3 meses antes de la fecha de servicio	Fuente de ingresos o empleador

Nota: Si no se informan ingresos durante el período de tiempo anterior, marque "ninguno" como fuente de ingresos y coloque \$ 0.00 como ingreso.

Al firmar esta solicitud, usted reconoce que se trata de una solicitud de asistencia financiera bajo la política de FAP de la Corporación del Hospital del Condado de Ohio y usted acepta que toda la información proporcionada en esta solicitud es correcta a lo mejor de su conocimiento.

Firma del aplicante

Fecha