

Formulario de solicitud de saldo después de seguro/asistencia financiera/pago por sí mismo

POR FAVOR, ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Fecha de hoy: _____
MONTH DAY YEAR

PFC _____ FT _____
(Solo para uso de la oficina (office use only))

Parte responsable: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2do NOMBRE

Nombre del(la) paciente: _____
(Se requiere una solicitud por paciente) APELLIDO NOMBRE INICIAL 2do NOMBRE.

Dirección del(la) paciente en el momento de la atención médica: _____
CALLE N.º APTO.

CIUDAD ESTADO CÓD. POSTAL CONDADO

Dirección actual _____
CALLE N.º APT.

CIUDAD ESTADO CÓD. POSTAL CONDADO

Fecha de servicios del hospital: _____ Fecha de nacimiento del(la) paciente: _____
MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO

¿El(La) paciente contaba con seguro médico o Medicaid en el momento de recibir los servicios del hospital? Sí No
Si respondió "Sí", adjunte una copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso) o de la tarjeta de Medicaid que cubre al(la) paciente y complete la siguiente información:

Nombre de la(s) aseguradora(s) y/o programa de Medicaid: _____

Números de ID de titular del seguro o número de ID de Medicaid: _____

Por favor, tenga en cuenta:

- Los descuentos no se aplican a los servicios profesionales proporcionados por el Dr. Robin Cotton ni los proveedores no empleados por Cincinnati Children's y **no cubren copagos.**
- Las familias que son miembros de un plan de seguros que **no tiene contrato** con Cincinnati Children's Hospital Medical Center no son elegibles para el descuento sobre la parte impaga de su reclamo. Usted solamente será elegible para descuentos sobre los saldos atribuidos a deducibles y/o coseguro.
- La asistencia financiera es una fuente de último recurso y deben agotarse todos los demás seguros antes de que se aplique el descuento.

Complete la siguiente información: Si el(la) paciente tiene 18 años, debe completar esta solicitud.

Indique todos los miembros del hogar a continuación. Incluya el(la) paciente, el padre y la madre del(la) paciente (sin importar si viven o no en el hogar) y los hijos (naturales o adoptivos) menores de 18 años que viven en el hogar junto con el(la) paciente. Si necesita más espacio, incluya los miembros de la familia adicionales que viven en el hogar en la casilla de Declaración de Manutención en la página siguiente.

MIEMBROS DE LA FAMILIA	EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL(LA) PACIENTE (INDICAR SI ES PADRE O MADRE AUSENTE)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Por favor, complete y firme la página 2 de esta solicitud.

Indique **TODOS** los ingresos del hogar a continuación, incluidos los salarios brutos (antes de impuestos), beneficios de seguro social, manutención infantil, ingreso por rentas, desempleo, etc. A continuación se indican otros ejemplos de ingresos. **Si hay un padre o madre ausente, que no vive en el hogar, indicar el ingreso o manutención infantil que usted está recibiendo del padre o madre ausente.** Indique cualquier ingreso adicional en la casilla de Declaración de Manutención más adelante. Se requiere verificación de ingreso y de residencia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	FUENTE DE INGRESO O NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESO DURANTE 3 Y/O 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO

Además de la solicitud de asistencia financiera completa, necesitamos la siguiente documentación:

1. Comprobante de todos los ingresos brutos (antes de deducciones de impuestos). Adjunte los ingresos del trabajo o que no provienen del trabajo que reflejen los ingresos en los 3 o 12 meses anteriores a la fecha del servicio en el hospital. **Algunos ejemplos de ingresos pueden incluir, sin limitarse a ellos:** Talones de pago de sueldo que reflejen su ingreso bruto de un año antes a la fecha del servicio, formularios W-2, manutención infantil (solo si el paciente es el beneficiario), carta del empleador (si no puede obtener talones de pago de sueldo), cartas de otorgamiento, desempleo, declaración de ingreso de Seguro Social (antes de deducciones), beneficios para veteranos de guerra, pensión alimenticia de ex cónyuge, recibos de dinero en efectivo, ingreso por rentas, ingreso por pensiones/jubilación u otros ingresos no mencionados. **Si informa ingresos por \$0.00,** complete la Declaración de Manutención, más adelante, que explique cómo se estaba manteniendo usted y/o su familia en el momento en que se brindó la atención médica. **Si se declara trabajador independiente,** escriba una declaración de sus ingresos, fírmela y féchela y presente una copia de su Esquema C (Schedule C), junto con una copia de la página 1 de su declaración de impuestos federales.

2. Comprobante de residencia. Incluya una copia de uno de los siguientes documentos aceptables, donde figure su **dirección durante el momento en que se recibió la atención médica:** facturas de servicios públicos, teléfono o cable, recibo de alquiler, factura de tarjeta de crédito, tarjeta de registro como votante o copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal.

Al firmar a continuación, certifico haber leído atentamente esta solicitud y declaro que todo lo indicado y los documentos que adjunto son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender. **Comprendo que es ilegal presentar información falsa a sabiendas para obtener asistencia financiera.**

Firma de la parte responsable _____ Fecha en que se completó _____

Si tiene alguna duda, por favor comuníquense con el Departamento de Servicios de Facturación a Clientes (Billing Customer Service Department) de Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 3333 Burnet Avenue, MLC 5011, Cincinnati, Ohio 45229-3026 o llamando al 513-636-4427 opción 9 o 1-800-344-2462, ext. 4427. Envíe sus preguntas por correo electrónico a PFC@cchmc.org. Nuestro horario de atención es de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Nuestro número de fax es 513-803-6577.

Si informa ingresos por \$0.00, complete la Declaración de Manutención, que explique cómo se estaba manteniendo usted y/o su familia en el momento en que se brindó la atención médica.

DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN
