Cincinnati Children's Hospital Medical Center

Devuelva la Aplicación a:
Cincinnati Children's Hospital
Financial Counseling Department
MLC 5011, 3333 Burnet Avenue
Cincinnati, OH 45229-3039

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE: _____

Fecha de hoy: _____
Mes Día Año

Responsable de la cuenta, si el paciente no lo es:

_____
Apellido Nombre Inicial 2do. Nombre

Nombre del Paciente_____
Apellido Nombre Inicial 2do. Nombre

Dirección del Paciente al _____
momento de la atención médica Calle Apto. No.

_____ _____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Actual: _____
Calle Apto No.

_____ _____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal Condado

Fecha de Servicios
en el Hospital: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente _____
Mes Día Año Mes Día Año

¿Tenía seguro médico al momento de recibir los servicios del hospital? Sí *__ No __

* Si usted contesta "Sí" a alguna pregunta, por favor adjunte a esta solicitud una copia (por ambos lados), de la tarjeta de su seguro o Medicaid y complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguro _____
Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____
Número de Teléfono del Seguro:_____ ____ Número de Medicaid: _____

Por favor escriba los nombres de todos los miembros de su familia (incluyendo el suyo). Los miembros de familia son los padres, esposos, e hijos (biológicos o adoptivos), menores de 18 años, que viven en la casa con el paciente.

Miembros de la Familia	Edad	Relación con el Paciente
1.		
2.		
3.		
4.		

Los ingresos incluyen salarios totales (antes de impuestos), ingresos por arrendamiento, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, etc. (Los ingresos también incluyen el arrendamiento o gastos de vivienda intercambiados por servicios prestados).

Miembro de la Familia	Fuente de Ingreso o Nombre del Empleador	Ingreso de 3 a 12 meses **antes** de la fecha del servicio

Su firma también se requiere al respaldo de la solicitud.

Además de completar la aplicación de asistencia financiera, necesitamos la siguiente documentación:

1) Prueba de Ingresos: De la parte responsable: a) incluya 4 talones de cheque de hasta dos meses antes de la fecha de servicio del hospital o una carta de su empleador indicando su ingreso antes de la fecha de servicio, b) pensión alimenticia (Child Support), pensión alimenticia de esposa(o) (Alimony), estado de cuenta de sus Ingresos de Seguro Social, c) carta de ingresos por desempleo, d) compensación de trabajadores (Workers Comp)

2) Prueba de Domicilio: Incluya **una** copia de uno de los siguientes: recibo de gas y electricidad, recibo de teléfono o cable (dentro de 60 días de la fecha de servicio del hospital), recibo de alquiler, tarjeta de crédito, registro de votante, licencia de conducir o identificación del estado.

Con mi firma certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que todo lo declarado o presentado adjunto es verdadero y correcto de acuerdo con mis conocimientos y creencias. **Entiendo que es ilegal someter información falsa deliberadamente, para obtener ayuda financiera.**

Firma de la Parte Responsable _____ **Fecha en que se completó esta Solicitud**_____

Si usted reportó $0.00 ingresos en la primera página, por favor la(s) persona(s) que le ayuda(n) a Ud. y/o su familia debe(n) completar la siguiente Declaración de Asistencia Financiera:

Declaración Financiera

(La persona que está otorgando la ayuda financiera debe completar esta parte)

He sido identificado por el solicitante como quien le provee ayuda financiera. A continuación la lista de servicios que recibo del solicitante a cambio de esta ayuda financiera.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Por este medio certifico y verifico que toda la información declarada es verdadera y correcta de acuerdo con mis conocimientos y creencias. Entiendo que mi firma no me obliga a tener responsabilidad financiera por los gastos médicos del solicitante.

Firma: _____

Dirección: _____

Por favor adjunte prueba de domicilio, como la copia de una cuenta correspondiente a un servicio público, con su dirección y con la fecha dentro de los sesenta días de prestado el servicio.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Consejería Financiera del Cincinnati Children's Hospital Medical Center, MLC 5011, 3333 Burnet Ave., Cincinnati, OH 45229-3039 o llamando al 513-636-0201 ó 1-800-344-2462 y marque la extensión 60201.

Nuestro horario es de 8 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes. Nuestro número de facsímile (Fax) 513-636-2225.