



Cómo llenar el Formulario de ayuda financiera

Descripción del campo	Detalles
Nombre del paciente	Nombre del paciente (en letra de imprenta)
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección	Dirección actual del paciente (en letra de imprenta)
Número de historia clínica	Solamente para uso interno
¿El paciente era residente de Ohio?	Responda sí o no. La residencia se establece por una persona que vive en Ohio voluntariamente en el momento del servicio de hospital, no está recibiendo asistencia pública en otro estado y no vino a Ohio por el único motivo de recibir servicios de salud.
¿El paciente contaba con seguro médico en el momento del servicio?	Responda sí o no. Si responde sí, adjunte una copia de su tarjeta de seguro.
¿El paciente era beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?	Responda sí o no. Si responde sí, adjunte una copia de su tarjeta de Medicaid.
Fecha del servicio de hospital	Fecha (o fecha de ingreso) en la que el paciente fue atendido en el hospital.
Familiares	Indique el nombre de los familiares directos INCLUIDOS usted (el paciente), el cónyuge del paciente (incluso si no vive en el hogar), los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que vivan en el mismo hogar que el paciente. Si el paciente es menor de edad, debe indicarse el nombre de ambos padres biológicos en la solicitud (incluso si no viven en el hogar).
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento de todas las personas que viven en el hogar.
Relación con el paciente	Indique cómo esta persona está relacionada con el paciente. Ejemplo: Paciente (uno mismo), cónyuge, hijo (natural o adoptivo) o padre/madre (si el paciente es menor de edad).
Ingresos totales recibidos dentro de los tres (3) meses PREVIOS a la fecha del servicio	Indique la cantidad de ingresos BRUTOS que recibió cada persona en los 90 días previos a la fecha del servicio. Si no se recibieron ingresos en los 90 días previos, indique 0. <i>Ejemplo: Fecha del servicio 1 de abril de 2012 – cuántos ingresos se recibieron del 1 de enero de 2012 al 31 de marzo de 2012</i>
Ingresos totales recibidos dentro de los doce (12) meses PREVIOS a la fecha del servicio	Indique la cantidad de ingresos BRUTOS que recibió cada persona en los 12 meses previos a la fecha del servicio. Si no se recibieron ingresos en los 12 meses previos, indique 0. <i>Ejemplo: Fecha del servicio 1 de abril de 2012 – cuántos ingresos se recibieron del 1 de abril de 2011 al 31 de marzo de 2012</i>
Fuente de ingresos	Indique el nombre del empleador o cualquier otra fuente de ingresos para esta persona. Esto incluiría desempleo, Seguro Social, Administración de Veteranos, pensiones, etc.
Fecha de inicio/contratación	Indique la fecha de inicio o contratación en este trabajo o la fecha de inicio de los beneficios, como desempleo, Seguro Social, jubilación, etc.
Si informa un ingreso de \$0, dé una breve explicación sobre cómo sobrevivió económicamente.	Explique sus medios de sustento durante los 3 y 12 meses previos a la fecha del servicio. Si recibió apoyo de otra persona, pídale a esa persona que escriba una carta que establezca el período de tiempo que lo ha ayudado y el tipo de apoyo que le ha proporcionado (por ej. alimentos, vivienda, etc.). Pida a esa persona que firme y feche la carta.
Firma del solicitante	La solicitud debe ser firmada por el paciente, su cónyuge, padre/madre (si el paciente es menor de edad) o representante legal (adjuntar copia del poder notarial).
Fecha	La solicitud debe tener la fecha del día en que se haya completado.
Relación con el paciente	Indique la relación de la persona que firma la solicitud (si no es el paciente).
Número de teléfono	El teléfono del paciente (incluido el código de área).

Adjunte copias de la verificación de los ingresos durante los 3 y 12 meses PREVIOS a la fecha del servicio. (No envíe originales ya que no podrán ser devueltos).

Nota: Asegúrese de que su número de cuenta esté escrito en la parte superior de todos los documentos enviados con la solicitud.

La solicitud no puede ser firmada y fechada más de 7 días antes de la fecha de servicio.