



Si desea que lo consideren para los programas de ayuda financiera, llene el siguiente formulario en su totalidad y devuélvalo a Wexner Medical Center de Ohio State University (OSU).

Usted no cumple los requisitos para la ayuda financiera si ingresa al estado de Ohio solo para recibir tratamiento médico.

Si necesita ayuda adicional para pagar la factura de Wexner Medical Center de OSU, llame al 614-293-2100.

Formulario de datos personales: Nombre del paciente, Fecha de hoy, Dirección, Fecha de nacimiento, Número de expediente médico, y preguntas sobre residencia, seguro médico y Medicaid.

Fecha del servicio hospitalario:

Entregue la siguiente información para todos los miembros de su familia directa.

Para propósitos del Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP, Hospital Care Assurance Program), "familia" se define como el paciente, el cónyuge del paciente (que vive o no en la misma casa) y todos los hijos del paciente menores de 18 años de edad (biológico o adoptivos) que vivan en la casa del paciente (agregue páginas adicionales si es necesario).

\*\* Si el paciente es menor de edad, se deben indicar los dos padres biológicos, incluso si no viven en la casa.

Tabla con 7 columnas: Nombre, Fecha de nacimiento, Relación con el paciente, Ingreso total recibido dentro de los tres (3) meses ANTERIORES a la fecha del servicio, Ingreso total recibido dentro de los doce (12) meses ANTERIORES a la fecha del servicio, Fuente de ingreso (trabajo, jubilación, Seguro Social, seguro de desempleo, etc.), Fecha de inicio o contratación.

Revise el tipo de verificación de ingresos que se adjunta: La verificación de ingresos debe incluir los 3 y 12 meses ANTERIORES a la fecha del servicio (envíe copias; no se devolverán los documentos originales).

- Copias de comprobantes de talonarios de pago
Carta de beneficio del Seguro Social, jubilación, discapacidad
Carta del empleador que declara el ingreso bruto recibido
Verificación de beneficio de desempleo
Verificación de cualquier ingreso recibido

Si informa de un ingreso de \$0, adjunte una breve explicación de cómo ha sobrevivido financieramente durante los últimos 3 y 12 meses anteriores a la fecha del servicio. Si recibe ayuda de alguien, pida a esa persona que proporcione una carta en la que declare el período durante el cual le ha proporcionado ayuda y el tipo de ayuda proporcionada.

Si el ingreso familiar es superior al Nivel Federal de Pobreza, revisaremos su cuenta en busca de programas de ayuda adicionales. Esta revisión puede incluir la obtención de información de su informe crediticio.

Mediante mi firma a continuación, certifico que todo lo que declaré en esta solicitud y en todos los documentos adjuntos es verdadero.

Área de firmas: Firma del solicitante, Fecha, Relación con el paciente (si no es el paciente), Número de teléfono del paciente, Comentarios (solo para uso interno).

Devuelva este formulario con la verificación de ingresos a la siguiente dirección: OSU Wexner Medical Center Financial Assistance Department PO Box 183107 Columbus, OH 43218-3107 N.º de fax: 614-293-2260

Sólo para uso interno
Persona que revisa: Escanear a Ayuda Financiera