

# PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE LMHS



## INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTA SOLICITUD:

Por favor, rellene todos los campos y firme donde se indica. Por favor, facilite todos los tipos de ingresos brutos familiares, tales como empleo, compensación por desempleo, seguridad social, pensiones, trabajo por cuenta propia, discapacidad, compensación de los trabajadores, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etc. Debe residir en uno de los diez condados enumerados a continuación para la HFA.

Los hospitales de Ohio están obligados por ley a prestar gratuitamente los servicios hospitalarios médicamente necesarios a cualquier persona elegible. Si reúne los requisitos de las Directrices Federales de Pobreza (visite el sitio web: [aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines](http://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines)), rellene este formulario y devuélvalo a la oficina de Cuentas de Pacientes del Lima Memorial.

### SÓLO PARA USO INTERNO:

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio \_\_\_\_\_  
No la fecha de solicitud

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial 2º Nombre Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ N° Seguridad Social. \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Condado Estado Código Postal

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Indique si desea recibir comunicaciones relativas a esta solicitud por email.

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sí  No  Si no es ciudadano de EE.UU., ¿Cuál es su # de VISA de estudiante / trabajo? \_\_\_\_\_

¿Tiene un seguro médico que cubra estos servicios? Sí  No  Por favor, adjunte una copia de la tarjeta.

¿Tiene beneficios de Medicaid para esta fecha de servicio? Sí  No

¿Ha solicitado Medicaid en el último año? Sí  No  Por favor, proporcione una prueba de la denegación de Medicaid.

¿Posee beneficios de Asistencia por Discapacidad? Sí  No  Facturación de Medicaid # \_\_\_\_\_  
Por favor, adjunte una copia de la tarjeta.

### MARQUE EL CONDADO DE OHIO EN EL QUE RESIDE:

- |                                   |                                  |                                 |                                   |                                   |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allen    | <input type="checkbox"/> Hancock | <input type="checkbox"/> Logan  | <input type="checkbox"/> Paulding | <input type="checkbox"/> Shelby   |
| <input type="checkbox"/> Auglaize | <input type="checkbox"/> Hardin  | <input type="checkbox"/> Mercer | <input type="checkbox"/> Putnam   | <input type="checkbox"/> Van Wert |

### SI SU VISITA AL LIMA MEMORIAL ESTUVO RELACIONADA CON EL AUTOMÓVIL RELLENE ESTA SECCIÓN:

Si está relacionado con el automóvil, ¿tiene seguro de automóvil que cubra esta fecha de servicio? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? \_\_\_\_\_

Nombre del Perito \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### EMPLEADOR DEL PACIENTE / GARANTE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO:

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Fecha Contrat. \_\_\_\_\_ Fecha finalización \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Fecha Contrat. \_\_\_\_\_ Fecha finalización \_\_\_\_\_

### CÓNYUGE / EMPLEADOR DEL OTRO GARANTE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DE SERVICIO:

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Fecha Contrat. \_\_\_\_\_ Fecha finalización \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Fecha Contrat. \_\_\_\_\_ Fecha finalización \_\_\_\_\_

Por favor, facilite la siguiente información sobre usted y los miembros de su familia inmediata que vivan en su domicilio. A efectos de esta solicitud, por familia se entiende el paciente, el cónyuge del paciente y los hijos naturales o adoptados, menores de 18 años, que vivan en el domicilio del paciente en la fecha del servicio. Si el paciente es menor de 18 años, incluya los ingresos de los padres. Si un hijo es el paciente y recibe una pensión alimenticia, es necesario indicar esos ingresos a continuación.

**SI NO HAY INGRESOS, EXPLIQUE CÓMO SE MANTIENE EL PACIENTE:**

---

Nombres	Fecha Nacimiento	Relación con el Paciente	Ingresos brutos 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingresos brutos 12 meses antes de la fecha del servicio	Tipos de Ingresos
Nombre del Paciente		Paciente			
Nombres de los Miembros de la Familia					
Adjunte una página adicional si desea incluir a más miembros de la familia			Totales		

**SÓLO PACIENTES DE MEDICARE:** SI USTED TIENE MEDICARE TRADICIONAL COMO SU SEGURO EL PROGRAMA FEDERAL NOS OBLIGA A REALIZAR UNA PRUEBA DE ACTIVOS. ESTO REQUIERE QUE SE COMPLETEN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI NO ESTÁN CUMPLIMENTADAS, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA Y POSIBLEMENTE DENEGADA.

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente o de ahorro?      Sí  No  \_\_\_\_\_  
Balance en torno al tiempo de servicio

¿Alguien en su hogar tiene algún otro activo?      Sí  No  \_\_\_\_\_  
Enumere los activos y su valor (hipoteca, automóvil, bote, inversiones, etc.)

Para los activos de ingresos enumerados anteriormente debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar: (Por favor, marque cada punto que se incluye con la solicitud)

- Desempleo = Carta de Beneficio
- Seguridad Social = Carta de Beneficio
- Pensión de jubilación o invalidez = Carta de Beneficio
- Trabajo por Cuenta Propia = completar los formularios fiscales, incluido el anexo C
- Manutención de los Hijos = documento ordenado por el tribunal
- Otro = prueba de cualquier otro ingreso como dividendos, intereses, ingresos por alquileres
- Cuentas corrientes/ahorros = extracto bancario

Al firmar abajo, declaro que la información en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Lima Memorial y que cualquier ayuda financiera proporcionada puede ser revertida si se determina que esta información no es correcta. Proporcionar información falsa para inducir a otro a extender crédito u otorgar cualquier otro beneficio valioso puede ser una violación de la Sección 2921.13 del Código Revisado de Ohio.

Firma de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha    /    /