



Solicitud del paciente para recibir asistencia financiera/medicamentos

Kettering Health Main Campus, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, Soin Medical Center, Kettering Health Hamilton, Kettering Health Behavioral Medical Center y Kettering Health Troy

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

Complete la información del paciente que se indica a continuación.

Fecha del servicio hospitalario _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono (_____) _____

¿Ha solicitado prestaciones de Medicaid en los últimos 90 días? Sí No

¿Era residente de Ohio en el momento de recibir su servicio hospitalario? Sí No

¿Era beneficiario activo de Medicaid en el momento de recibir su servicio? Sí No

¿Era beneficiario activo de la Asistencia por incapacidad en el momento de recibir el servicio? Sí No

Estado civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Pareja de hecho

PARTE 2: TAMAÑO DE LA FAMILIA (OBLIGATORIO)

Indique el tamaño de la familia e incluya el nombre, fecha de nacimiento, edad y parentesco de todos los miembros del hogar.

Tamaño de la unidad familiar _____ (incluyéndose a sí mismo, a su cónyuge/pareja de hecho, a todas las personas a su cargo y a otros miembros de la unidad familiar)

Nombre del cónyuge/pareja de hecho _____ Fecha de nacimiento _____

Facilite la siguiente información sobre todos los miembros de la unidad familiar y su parentesco, ya que HCAP y Kettering Health Charity calculan el tamaño de la unidad familiar de maneras diferentes. (Únicamente los familiares casados, nacidos por naturaleza o adoptados podrán formar parte de un hogar HCAP).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Parentesco _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Parentesco _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Parentesco _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Parentesco _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Parentesco _____

PARTE 3: INGRESOS FAMILIARES (OBLIGATORIO)

Facilite los ingresos brutos mensuales suyos, de su cónyuge/pareja de hecho y de todos los demás miembros de la familia correspondientes a los 3 meses o 12 meses anteriores a la fecha del servicio hospitalario. Se acepta la documentación de comprobante de ingresos: talones de cheques, declaración de impuestos/1099/W2's, declaraciones de seguro social/pensión/VA, documentos de la corte y otros documentos de comprobante de ingresos como se informa a continuación.

Ingresos del hogar	Paciente	Cónyuge/pareja de hecho	Dependiente de 18 a 20 años	Padre o cuidador
Ingresos laborales				
Ingresos brutos de la seguridad social				
Pensión/jubilación				
Prestaciones de la VA				
Ingreso por incapacidad temporal (IIT)				
Prestaciones por desempleo				
Pensión alimenticia				
Manutención infantil				
Otros (describa)				
Total de ingresos mensuales	\$	\$	\$	\$

1. ¿Ha habido algún cambio en sus ingresos mensuales en los últimos 12 meses? Sí No

2. Ingreso familiar bruto total de los 3 meses anteriores \$ _____

3. Ingreso familiar bruto total de los 12 meses anteriores \$ _____

4. Si declaró un ingreso de \$0, ofrezca una breve explicación de la manera en que cumple con sus obligaciones mensuales.

Autorizo a Kettering Health a presentar o intercambiar documentos con información personal a empresas de fabricación farmacéutica con el fin de ayudarme a obtener asistencia financiera para mis gastos de medicación y certifico con mi firma a continuación, que todo lo que he declarado en esta solicitud es verdadero y exacto a mi leal saber y entender.

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Kettering Health. Comprendo que si alguna información que he dado resulta ser falsa, Kettering Health reevaluará mi estado de elegibilidad para recibir asistencia financiera y tomará las medidas apropiadas. Entiendo que se pueden solicitar pruebas adicionales de ingresos por parte de Kettering Health, y que la no presentación de la documentación solicitada dará lugar al rechazo de mi solicitud.

Firma del solicitante/tutor legal _____ Fecha _____

En caso de que la firma no sea del paciente, indique el nombre completo y la razón por la que el paciente no puede firmar.

Envíe la solicitud y todos los documentos pertinentes a: **Kettering Health Financial Assistance, apartado postal 933310 Cleveland, OH 44193, Correo electrónico: FinancialCounselors@ketteringhealth.org o fax (937) 522-9944.** Si tiene más preguntas, llame al: (937) 914-7680.