

PATI 1: ENFÒMASYON SOU PASYAN (OBLIGATWA)

Konplete enfòmasyon sou pasyan ki nan lis anba a.

Dat sèvis lopital la _____

Non pasyan _____ Dat nesans _____

Adrès _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Zip _____ Nimewo telefòn (_____) _____

Ou te aplike pou avantaj Medicaid yo nan 90 dènye jou yo? Wi Non

Èske ou te yon rezidan Ohio nan moman sèvis lopital pou a? Wi Non

Èske w te yon benefisyè aktif Medicaid nan moman sèvis ou a? Wi Non

Èske w te yon benefisyè pou Asistans Andikap nan moman sèvis la? Wi Non

Estat matrimonyal: Marye Divòse Vèf(vèv) Selibatè Konkibin

PATI 2: KANTITE MANM FANMI (OBLIGATWA)

Di ki kantite moun ki gen nan fanmi an epi mete non tout manm nan kay la, dat nesans, laj ak relasyon yo.

Kantite moun nan fanmi an _____ (ki enkli ou menm, mari/madanm/konjwen ou, tout depandan yo, ak lòt manm nan fanmi an)

Non _____ Dat nesans konjwen/konkibin nan _____

Bay enfòmasyon sa yo pou tout manm nan fami an ak relasyon yo gen youn ak lòt paske HCAP ak Kettering Health Charity kalkile kantite moun ki nan fanmi an nan fason ki diferan. (Se sèl moun ki marye, pitit natirèl, oswa manm fanmi ki adopte ki pral kalifye pou yon fwaye HCAP.)

Non _____ Dat Nesans _____ Laj _____ Relasyon _____

Non _____ Dat Nesans _____ Laj _____ Relasyon _____

Non _____ Dat Nesans _____ Laj _____ Relasyon _____

Non _____ Dat Nesans _____ Laj _____ Relasyon _____

Non _____ Dat Nesans _____ Laj _____ Relasyon _____

PATI 3: REVNI FANMI (OBLIGATWA)

Bay revni brit pa mwa pou ou menm, mari/madanm/konjwen ou, ak tout lòt manm fanmi ou pou 3 mwa ak/oswa 12 mwa anvan dat sèvis nan lopital la. Prèk dokiman revni ki akseptab: souch chèk, deklarasyon enpo/1099/W2, relve sekirite sosyal/pansyon/relve VA, dokiman tribinal, ak lòt dokiman pou prèk revni jan sa endike anba a.

Revni Fwaye a	Pasyan	Konjwen/Konkibin	Moun ki sou kont lòt ki 18-20 lane	Paran oswa Responsab
Revni nan anplwa				
Revni sekirite sosyal brit				
Pansyon/Retrèt				
Avantaj VA				
Revni sou andikap tanporè (TDI)				
Avantaj chomaj				
Pansyon alimantè				
Alokasyon famiyal				
Lòt (dekri)				
Total Revni mansyèl	\$	\$	\$	\$

1. Eske te gen lòt chanjman nan revni mansyèl ou nan 12 mwa avan yo? Wi Non

2. Total revni brit fanmi pou 3 mwa avan yo \$ _____

3. Total revni brit fanmi pou 12 mwa avan yo \$ _____

Si w rapòte \$0 kòm revni, bay yon ti eksplikasyon tou kout sou fason ou yo chak mwa.

Mwen otorize Kettering Health pou li soumèt ak/oswa echanje dokiman enfòmasyon pèsònèl bay konpayi fabrikasyon pwodui famasi nan objektif pou ede m jwenn asistans finansye pou depans medikaman mwen yo epi mwen sètifye atravè siyati mwen ki pi ba a, tout sa mwen te deklare sou aplikasyon sa a se verite epi yo kòrèk selon konesans mwen.

Mwen konprann enfòmasyon mwen soumèt yo kapab gen verifikasyon Kettering Health ki fèt sou yo. Mwen konprann si yo pwouve nenpòt nan enfòmasyon mwen te bay yo pa laverite, Kettering Health ap re-evalye estati kalifikasyon mwen pou asistans finansye epi ap pran mezi ki apwopriye. Mwen konprann Kettering Health kapab mande lòt prèk revni, epi si m pa soumèt dokiman yo mande a, sa pral lakòz yo refize aplikasyon mwen an.

Siyati aplikan an/responsab legal la _____ Dat _____

Si yon lòt moun ki pa pasyan an ta siyen, ekri non konplè an ak rezon ki fè pasyan an pa kapab siyen

Voye aplikasyon ak tout dokiman ki aplikab yo bay: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, Email: FinancialCounselors@ketteringhealth.org oswa fakse l bay (937) 522-9944.** Pou kesyon ou genyen anplis yo rele: (937) 914-7680