

PART 1: DATELE PACIENTULUI (OBLIGATORIU)

Completați informațiile pacientului listate mai jos.

Data serviciului medical _____

Numele pacientului _____ Data nașterii _____

Adresa _____

Oraș _____ Stat _____ Cod poștal _____ Număr de telefon (_____) _____

Ați solicitat beneficii Medicaid în ultimele 90 de zile? Da Nu

Aveați rezidența în Ohio la momentul la care ați beneficiat de serviciile medicale? Da Nu

Erați client activ al Medicaid la momentul la care ați folosit serviciile? Da Nu

Erați beneficiar activ al Asistenței pentru dizabilități la momentul la care ați beneficiat de servicii? Da Nu

Marital status: Married Divorced Widow(er) Single Domestic partner

PART 2: MĂRIMEA FAMILIEI (OBLIGATORIU)

Precizați numărul de membri ai gospodăriei, includeți toți membrii familiei, data nașterii, vârsta și gradul de rudenie.

Numărul de membri ai gospodăriei _____ (inclusiv partenerul dvs./concubinul(na), pe toți cei aflați în întreținerea dvs. și oricare alți membri ai familiei)

Numele soțului/soției/partenerului domestic _____ Data nașterii _____

Furnizați următoarele informații privind toți membrii familiei și gradul de rudenie, fiindcă HCAP și Kettering Health Charity calculează mărimea familiei în mod diferit. (Doar persoanele căsătorite, copiii naturali sau adoptați se încadrează la membri de familie în accepțiunea HCAP)

Nume	Data nașterii	Vârstă	Grad de rudenie
_____	_____	_____	_____
Nume	Data nașterii	Grad de rudenie	Relationship
_____	_____	_____	_____
Nume	Data nașterii	Grad de rudenie	Relationship
_____	_____	_____	_____
Nume	Data nașterii	Grad de rudenie	Relationship
_____	_____	_____	_____
Name	Data nașterii	Grad de rudenie	Relationship

PARTEA 3: VENITUL FAMILIEI (OBLIGATORIU)

Precizați venitul lunar brut al dvs., al soțului/soției/concubinului(nei), și al tuturor membrilor familiei în ultimele 3 luni și/sau 12 luni dinainte de data serviciului medical. Documente acceptate pentru dovedirea veniturilor: cotoare de cecuri, declarații fiscale/1099/W2's, declarații de securitate socială/pensie/VA, documente emise de instanțe de judecată și alte documente pentru dovedirea veniturilor conform celor indicate mai jos

Venitul gospodăriei	Pacient	Soț/soție/partener domestic	Persoană în întreținere 18-20 de ani	Părinte sau îngrijitor
Venitul din salariu				
Venitul net din servicii sociale				
Pensie				
Beneficii VA				
Venit pentru dizabilitate temporară (TDI)				
Ajutor de șomaj				
Pensie alimentară				
Pensie alimentară copil				
Altele (specificați)				
Venit lunar total	\$	\$	\$	\$

1. Au existat modificări ale veniturii dvs. lunar în ultimele 12 luni? Da Nu
2. Venitul brut total al familiei din ultimele 3 luni în USD _____
3. Venitul brut total al familiei din ultimele 12 luni în USD _____
4. Dacă venitul raportat este de 0 USD, oferiți o explicație detaliată despre cum acoperiți obligațiile lunare.

Autorizez Kettering Health să depună și/sau să schimbe documente care conțin informații personale cu companiile producătoare de produse farmaceutice pentru a mă ajuta să obțin asistență financiară pentru cheltuielile mele cu medicamentele și atest prin semnătura mea depusă mai jos că tot ceea ce am declarat în prezenta cerere este adevărat și exact conform informațiilor deținute de mine.

Înțeleg că informațiile pe care le trimit sunt supuse verificării de către Kettering Health. Înțeleg că dacă oricare dintre informațiile pe care le-am oferit se dovedesc a fi neadevărate, Kettering Health va reevalua eligibilitatea mea pentru asistență financiară și va lua măsurile necesare. Înțeleg că este posibil să mai fie necesar să ofer informații de venit către Kettering Health, și că dacă nu pun la dispoziție documentele cerute, rezultatul va fi respingerea cererii mele.

Semnătura solicitantului/tutorei legal _____ Date _____

Dacă este semnat de orice altcineva în afară de pacient, notați numele întreg și motivul pentru care pacientul nu a putut să semneze.

Trimiteți cererea și toate documentele către: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, E-mail: FinancialCounselors@ketteringhealth.org or fax (937) 522-9944.** Pentru întrebări suplimentare, apălați: (937) 914-7680