



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

Nombre del solicitante _____
Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

*Fecha(s) de servicio _____

Número(s) de cuenta _____

- ¿Es el paciente ciudadano de los EE. UU.? Sí No
- ¿Era el paciente residente de Ohio al momento de ser atendido? Sí No
- ¿Era el paciente un beneficiario de Medicaid activo al momento de ser atendido?
En caso afirmativo, indique el número de identificación de beneficiario de Medicaid: _____ Sí No
- ¿Tenía el paciente un seguro de salud (distinto a Medicaid) al momento de ser atendido?
En caso afirmativo, proporcione el nombre del seguro: _____ Sí No

Proporcione toda la información requerida sobre el solicitante y todas las personas que viven en su hogar.

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Total de ingresos brutos		
			Fuente de ingresos <small>(p. ej., empleo, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), manutención de menores, pensión alimenticia)</small>	3 meses antes de la fecha de servicio más antigua	12 meses antes de la fecha de servicio más antigua

Si reporta \$0 o un ingreso mínimo, explique brevemente a continuación cómo cubre sus necesidades básicas, incluyendo quién le proporciona refugio, alimentos, transporte, servicios públicos, ropa y cuánto tiempo ha recibido ayuda de esta(s) persona(s) y/o agencia(s).

FUENTES DE INGRESOS

(de todos los miembros de la familia)

Marque todas las opciones que correspondan **

- Copias de los recibos de sueldo actuales y de los W2 del año anterior
- Seguro Social/Pensión/Carta de subsidio por incapacidad
- Compensación por desempleo
- Ingresos de trabajo autónomo
- Manutención de menores o pensión alimenticia
- Otro: _____

ACTIVOS LÍQUIDOS

(de todos los miembros de la familia)

Marque todas las opciones que correspondan **

- Efectivo
- Estado de cuenta(s) corriente(s)/de ahorro
- Otros: _____

**** Si marca algunas de estas opciones, se le pedirá que cargue o proporcione documentación de respaldo.**

Devuelva este formulario con la documentación de respaldo a:

Avita Health System
Attn: Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833

Fax: 419-462-4582

Si necesita ayuda, llame al: 419-468-0512

Entiendo que si deliberadamente he dado alguna información falsa o he ocultado información relativa a cualquier situación, me expongo a una posible querrela por fraude. Al firmar esta solicitud, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad, sin excluir la verificación de la dirección, la verificación de crédito a través de una oficina nacional de crédito, la verificación de activos a través del asesor fiscal del condado y la verificación de todos los beneficios enumerados.

Firma _____ Fecha _____