



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Médicos de Avita

Nombre del Solicitante _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

* Fecha(s) de Servicio _____

Dirección de la Calle _____

Número de Cuenta (s) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

- ¿Es el paciente ciudadano estadounidense? Si No
- ¿Era el paciente un residente de Ohio en el momento de su servicio? Si No
- ¿Era el paciente o los pacientes un beneficiario activo de Medicaid en el momento de su servicio? Si No
En caso afirmativo, número de ID del beneficiario de Medicaid: _____
- ¿Tenía el paciente o los pacientes un seguro médico (distinto de Medicaid) en el momento de recibir el servicio? Yes No
En caso afirmativo, indique el nombre del seguro : _____

Proporcionar toda la información requerida para el solicitante y todos los que viven en su casa.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante	Total de Ingresos Brutos		
			Fuente de Ingresos <small>(por ejemplo, Empleo, SSI, Manutención de los hijos, Pensión Alimenticia)</small>	3 meses antes de la fecha de servicio más antigua	12 meses antes de la fecha de servicio más antigua

Si declara 0 o mínimos ingresos, explique brevemente a continuación cómo satisface sus necesidades básicas, incluyendo quién le proporciona alojamiento, comida, transporte, servicios públicos, ropa y cuánto tiempo ha sido apoyado por esta(s) persona(s) y/o agencia(s).

INGRESOS de (todos los miembros de la familia)

Marque todo lo que corresponda **

- Salarios
- Seguridad Social
- Prestaciones para Veteranos
- SSI - Discapacidad
- Prestaciones Ferroviarias
- Ingresos de los Trabajadores por Cuenta Propia
- Prestaciones de Jubilación/Pensión

** Si se marca, se le pedirá que cargue/presente la documentación justificativa

- Manutención de los Hijos o Pensiones Alimenticias
- Cupones de Alimentos
- Compensación por Desempleo
- Ingresos por Alquiler
- Dividendos/ Intereses/ Regalías
- Asignaciones Familiares de Militares
- Herencias/ Fideicomisos

- Pagos de A anualidades IRA/401K/401B
- Compensación a los Trabajadores Acogida Residencial
- Otros: _____

ACTIVOS LIQUIDOS (todos los miembros de la familia)

Marque todo lo que corresponda **

- Dinero en Efectivo
- Cuentas de Ahorro
- Cuentas Corrientes
- Cuentas del Mercado Monetario
- Acciones/Bonos/Certificados de Depósito
- Saldo del Fondo Fiduciario
- Ganancias de la Lotería (dentro de los 12 meses de la fecha de servicio)
- Otros : _____

Entiendo que si he dado deliberadamente cualquier información falsa o he ocultado cualquier información sobre cualquier situación, estoy sujeto a una posible sanción de ser procesado por fraude. Al firmar esta solicitud, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad, sin excluir la verificación de la dirección, una comprobación de crédito a través de una oficina nacional de crédito, la comprobación de activos a través del asesor de impuestos del condado, y la verificación de todos los beneficios enumerados.

Firma _____ Fecha _____

Si se imprime, devuelva la solicitud a : Asesor financiero, Avita Health System, 269 Portland Way South, Galion, OH 44833
Llame a nuestra línea de atención al cliente si tiene preguntas o para pedir ayuda para rellenar la solicitud : 419-468-0512