



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

Nombre del solicitante _____
Último Primero MI

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

*Fecha(s) de Servicio _____

Cuenta Número(s) _____

- ¿El paciente es ciudadano estadounidense? Sí No
- ¿Era el paciente residente de Ohio en el momento de su servicio? Sí No
- ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento de su servicio?
En caso afirmativo, número(s) de identificación del beneficiario de Medicaid: _____ Sí No
- ¿Tenía el paciente seguro médico (aparte de Medicaid) al momento de recibir el servicio?
En caso afirmativo, proporcione el nombre del seguro: _____ Sí No

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

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante	Ingreso Bruto Total		
			Fuente de Ingreso <small>(e.g. Empleo, SSI, Manutención de hijos, Alimony)</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 ingreso mínimo, Proporcione una breve explicación a continuación sobre cómo satisface sus necesidades básicas de vida, incluido quién proporciona refugio, alimentos, transporte, servicios públicos, ropa y durante cuánto tiempo ha recibido apoyo de esta(s) persona(s) y/o agencia(s).

INGRESO de (Todos los miembros de la familia)

** Si está marcado, se le pedirá que cargue/proponga documentación de respaldo

Marque todo lo que corresponda **

- Salarios
- Seguridad Social
- Beneficios para veteranos
- SSI - Discapacidad Beneficios del ferrocarril
- Ingresos del trabajo por cuenta propia
- Beneficios de jubilación/pensión

- Manutención de menores o pensión alimenticia
- Cupones de alimentos
- Compensación por desempleo
- Ingresos de alquiler
- Dividendos/Intereses/Regalías
- Asignaciones para familias militares Patrimonios/Fideicomisos

- IRA/401K/401B Pagos de anualidades
- Compensación de trabajadores
- Cuidado de crianza residencial
- Otro: _____

ACTIVOS LÍQUIDOS (Todos los miembros de la familia)

Marque todo lo que corresponda **

- Dinero
- Guardando cuentas Revisando cuentas
- Cuentas del mercado monetario
- Acciones/Bonos/Certificados de Depósito
- Saldo del fondo fiduciario
- Ganancias de lotería (dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio)
- Otro: _____

Entiendo que si he proporcionado deliberadamente información falsa o he ocultado información sobre cualquier situación, estoy sujeto a un posible proceso por fraude. Al firmar esta solicitud, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad, sin excluir la verificación de dirección, una verificación de crédito a través de una oficina de crédito nacional, una verificación de activos a través del Tasador de Impuestos del Condado y la verificación de todos los beneficios enumerados.

Signature _____ Date _____

Si está impresa, devuelva la solicitud a: Patient Financial Services, 700 N Columbus St, Crestline, OH 44827

Llame a nuestra línea de atención al cliente si tiene preguntas o solicita ayuda para completar la solicitud.: 419-468-0512