



AYUDA FINANCIERASOLICITUD

Hospital Bucyrus • Hospital Galion • Avita Ontario • Médicos Avita

Nombre del solicitante _____
Último Primero MI

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

*Fecha(s) de Servicio _____

Cuenta Números) _____

- ¿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? Sí No
En caso afirmativo, número(s) de identificación del beneficiario de Medicaid: _____
- ¿Tenía el paciente seguro médico (aparte de Medicaid) al momento de recibir el servicio? Sí No
En caso afirmativo, proporcione el nombre del seguro: _____

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

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Ingresos brutos totales		
			Fuente de Ingreso <small>(p.ej Empleo, ISS, Niño Apoyo, 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 ingresos mínimos, proporcione una breve explicación a continuación sobre cómo está satisfaciendo sus necesidades básicas de vida, incluyendo quién le proporciona refugio, comida, transporte, servicios públicos, ropa y durante cuánto tiempo ha recibido el apoyo de esta(s) persona(s) y/o agencia(s).

INGRESOS de (todos los miembros de la familia)

Marque todas las opciones que correspondan **

- Copias de recibos de sueldo actuales y W2 del año anterior
- Carta de seguro social/pensión/beneficio por discapacidad
- Compensación por desempleo
- Ingresos por cuenta propia
- Manutención de los hijos o pensión alimenticia
- Otro: _____

ACTIVOS LÍQUIDOS (todos los miembros de la familia)

Marque todas las opciones que correspondan **

- Dinero
- Estado de cuenta de cheques o ahorros
- Otro: _____

**** Si marca esta casilla, se le solicitará que cargue/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

Para recibir asistencia llame al: 419-468-0512

Entender eso si I tener deliberadamente dado cualquier FALSO información o tener retenido cualquier información acerca de cualquier situación, I soy sujeto a posible procesamiento para fraude. Por firma este solicitud, I soy autorizando el liberar de cualquier información necesario a determinar mi elegibilidad, no a excluir dirección verificación, a crédito controlar a través de a nacional crédito oficina, activo controlar a través de el Condado Impuesto Asesor, y verificación de todo beneficios listado.

Firma _____ Fecha _____