

Premier Health Hospitals
Aseguramiento de la atención /
Programa de asistencia financiera

Atrium Medical Center
 Miami Valley Hospital
 Upper Valley Medical Center

Número de cuenta del hospital:

Nombre del paciente	
Nombre del solicitante (Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas en relación con el paciente)	
Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Fecha del servicio recibido en el hospital	
1) ¿El paciente era residente de Ohio en el momento en que recibió el servicio? [] Sí o [] No	
2) ¿El paciente tenía seguro médico en el momento en que recibió el servicio? [] Sí o [] No Si la respuesta es "Sí" , adjunte una copia de la tarjeta del seguro médico.	
3) En el momento en que recibió el servicio, ¿el paciente era un beneficiario activo de Medicaid? [] Sí o [] No Si la respuesta es "Sí" , adjunte una copia de la tarjeta del seguro médico.	

Se debe proporcionar la siguiente información correspondiente a todas las personas de su "familia inmediata" que viven en su hogar. Para fines del Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP), se define a "familia inmediata" como el padre/la madre del paciente, el cónyuge del paciente (independientemente de que viva en el mismo hogar), y todos los hijos del paciente menores de 18 años (biológicos o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de edad, deben incluirse tanto el padre como la madre biológicos, incluso si no viven juntos.

Nombre completo	Edad	Relación con el paciente	Ingreso bruto correspondiente a los <u>3</u> meses calendario previos al servicio recibido en el hospital	Ingreso bruto correspondiente a los <u>12</u> meses calendario previos al servicio recibido en el hospital	Fuente de ingresos (p. ej., empleo, pensión, seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y Tipo de activo (p. ej., segunda vivienda, varios automóviles, cuenta de jubilación individual [IRA, por sus siglas en inglés])
		Él (Ella) mismo(a)			
Total de personas en la familia:		Ingresos familiares totales:			
Si informó que su ingreso es \$0 , explique brevemente cómo usted (o el paciente) cubren sus necesidades diarias:		Se debe proporcionar un comprobante de ingresos y activos, si corresponde, para completar el procesamiento de esta solicitud.		Marque la verificación de activos y tipo de ingresos que se adjuntan: [] Copias de los talones de pago correspondientes a los 3 o los 12 meses previos a la fecha del servicio [] Carta del (de los) empleador(es) que establece el ingreso bruto de los 3 o 12 meses anteriores a la fecha del servicio [] Declaración de impuesto a las ganancias [] Cartas de la Seguridad Social [] Todos los formularios W-2 correspondientes al núcleo familiar [] Otro (escritura, registro del automóvil)	

Al firmar abajo, certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada arriba y adjunta es correcta y está completa. Entiendo que la falsificación de cualquier información proporcionada podría causar el rechazo de mi solicitud y el restablecimiento total de los saldos de la cuenta adeudados al hospital arriba mencionado.

(Obligatorio) Firma del paciente / Parte responsable: _____ **Fecha:** _____
 (Si el paciente es menor de 18 años, debe firmar su madre, su padre o un tutor legal)

**Si el paciente está imposibilitado de firmar, el solicitante debe explicar por qué en forma escrita:

Firma del representante del hospital: _____ **Fecha:** _____

Devolver este formulario con verificación de ingresos a:
 PHP-Care Assurance/FAP Program
 PO Box 932715
 Cleveland, OH 44193

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame a Servicio al cliente al (937) 499-7364.