



Estimado paciente:

The Christ Hospital comprende que los gastos médicos del hospital pueden generar dificultades financieras inesperadas para los pacientes y sus familias. Ofrecemos varios programas de asistencia financiera diseñados para ayudar a aliviar esta carga.

Por favor, complete y firme la solicitud de asistencia financiera que se adjunta. **Para que la solicitud esté completa debe responder todas las preguntas; si no corresponde, marque «NC».**

Además solicitamos pruebas de los ingresos del núcleo familiar por los doce meses previos a su fecha de atención, verificación de activos y prueba de residencia. Algunos ejemplos de documentación aceptable incluyen:

- **Recibos de sueldo** - 3 recibos de sueldo previos a la fecha de la atención que reflejen los ingresos brutos del último año.
- **Declaración de impuestos** - si se declara como trabajador independiente, requeriremos una copia de su Tabla C junto con una copia de la página 1 de su declaración de impuestos federales que refleje su estado como contribuyente, los dependientes declarados y sus ingresos brutos ajustados.
- **Seguro social/pensión** - una copia de su carta anual de adjudicación y estado de cuenta bancaria demostrando el depósito directo. El estado de cuenta bancario debe incluir: Nombre del banco, nombre del paciente, depósito y saldo en la cuenta.
- **Compensación del trabajador y beneficios por desempleo** - debe presentarse una carta de adjudicación con el nombre y las fechas.
- **Sin ingresos** - si no tiene ingresos, presente una declaración jurada de la persona que le brinda la asistencia financiera básica que valide su falta de ingresos. Incluya además prueba de residencia de la persona que le brinda asistencia.
- **Prueba de residencia** - se requiere prueba de residencia para participar en el programa de asistencia financiera HCAP. Las pruebas incluyen: licencia de conducir, factura de servicios públicos dentro de los 60 días previos a la provisión de la atención médica, recibos de alquiler, estado de cuenta de hipoteca, factura o recibo de impuesto a los bienes raíces, carta de la empresa o refugio que le proporciona solución de vivienda y reporte de crédito.
- **Verificación de activos** - proporcione una declaración por cada activo indicado que incluya el banco, nombre del paciente y el monto del activo.

Por favor, tenga en cuenta: Si alguna parte de la solicitud no está completa o si no se incluye la prueba de ingresos, no podremos procesar su solicitud.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita asistencia para completar esta solicitud, llame al 513-263-9197 y un representante de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services) estará disponible para ayudarlo durante el horario de atención comercial.

Atentamente,
Servicios Financieros para Pacientes

DEVUELVA ESTA SOLICITUD A

THE CHRIST HOSPITAL
ATN: SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
2139 AUBURN AVENUE
CINCINNATI, OH 45219

Solicitud de asistencia financiera

1. Fecha: _____ 6. Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____
2. Nombre del paciente: _____ 7. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 8. Sexo del paciente: _____
3. Parte responsable: _____ 9. Teléfono del hogar: _____
4. Dirección: _____ 10. Teléfono del trabajo: _____
5. Ciudad: _____ 11. Fecha de servicio médico: ___/___/___ - ___/___/___
- Estado: _____ Código postal: _____ 12. Estado civil: _____
13. Nombre del cónyuge: _____

14. ¿En el momento del servicio médico, era residente de Ohio? Sí No
15. ¿En el momento del servicio médico, era ciudadano estadounidense? Sí No
16. ¿Contaba con cobertura de seguro médico en el momento del servicio médico? Sí No
17. ¿En el momento del servicio médico, era receptor activo de asistencia por discapacidad o Medicaid? Sí No

18. Nombre de la empresa aseguradora: _____
- Número de póliza: _____ Grupo N.º: _____
- Teléfono del seguro: _____ N.º de Medicaid o discapacidad: _____

19. Enumere a todos los miembros de la familia (incluido usted). Los miembros de la familia incluyen el solicitante, su cónyuge e hijos (naturales o adoptivos) de menos de 18 años que vivan en el hogar junto al paciente. Los ingresos incluyen el salario bruto (antes de las deducciones de impuestos), ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del Seguro Social / pensión, pensión alimenticia, asistencia pública, autoempleo, etc. Los ingresos también incluyen renta o gastos de vida que otros cubren por usted.

Miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos	Ingresos por los 3 meses previos a la fecha del servicio	Ingresos por los 12 meses previos a la fecha del servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Total de ingresos por 3 meses: \$ _____ **Total de ingresos por 12 meses:** \$ _____

Si reportó \$0.00 de ingresos anteriormente, pida a la(s) persona(s) que ayudan a mantenerlo a usted y/o a su familia que complete la Declaración de apoyo de la próxima página.

DECLARACIÓN DE APOYO

En el caso de candidatos con ingresos nulos, la(s) persona(s) que le brinden el soporte financiero básico deben presentar una breve explicación de cómo le están brindando apoyo financiero. Enumere los servicios, si los hubiera, que está recibiendo del paciente por brindarle este apoyo.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. La persona de apoyo debe entregar prueba de brindar residencia dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio médico. Mi firma no me obliga a brindar apoyo financiero vinculado a la atención médica del solicitante.

Firma de la persona que brinda apoyo financiero al solicitante

Dirección de la parte responsable

Ciudad, Estado

Código postal

20. Recursos/activos familiares:

Saldo de la cuenta corriente: \$ _____ IRA/401K/403B: \$ _____

Saldo de la caja de ahorro: \$ _____ Valor de la propiedad arrendada: \$ _____

Cuenta de ahorro para gastos de salud/cuenta de gastos flexibles: \$ _____

21. Gastos mensuales:

Vivienda: \$ _____ Tarjetas de crédito: \$ _____

Automóvil: \$ _____ Teléfono: \$ _____

Seguro vehicular/del hogar: \$ _____ Otro (sea específico): \$ _____

Servicios públicos (gas, electricidad, agua): \$ _____ Otro (sea específico): \$ _____

Seguro de salud: \$ _____ Otro (sea específico): \$ _____

Cobertura médica: \$ _____

Total de gastos mensuales: \$ _____

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que si doy información falsa o retengo información, podrían denegarme la asistencia o revertirla a discreción de The Christ Hospital.

Firma del paciente/garante: _____

Fecha: _____

-----Este espacio es para el personal del hospital-----

Solicitud revisada por: _____

Fecha de revisión: _____