

VAN ADORÉ APLICACIÓN FINANCIERA DEL HOSPITAL DEL CONDADO

NOMBRE del paciente: _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____ Teléfono # _____ fecha: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES PACIENTE: _____
 (Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas que se aplican a la paciente.)

CALLE: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

FECHA (S) DEL SERVICIO DE HOSPITAL: FROM _____ CONVENCIÓN _____

1. ¿Usted fue un residente en el momento de su servicio de hospital de Ohio? SI___ No___
2. ¿Estaba un beneficiario de Medicaid activa en el momento de su servicio de Hospital? SI___
 Si sí, número de identificación del destinatario de Medicaid: suscrito/s
- ¿3. Eras un destinatario activo de Disability Assistance en el momento de su servicio de hospital? SI___ No___

(Si ha respondido afirmativamente a esta pregunta, por favor adjunte una copia de la tarjeta eficaz durante su servicio del hospital DA a esta aplicación)

4. ¿Tiene seguro de salud (aparte de Medicaid) en el momento de su servicio de hospital? SI___ No___

Por favor proporcione la siguiente información para todas las personas en su familia inmediata que viven en su hogar. ¿Familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los niños de s pacientes menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el paciente s casa? Si el paciente es menor de dieciocho años, deberá incluir la familia del paciente, el paciente s natural o adoptante (s) y los hijos de padre (s) menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el paciente s casa.

NOMBRE	EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	INGRESO BRUTO PARA 3 MESES ANTES SERVICIO DE HOSPITAL	INGRESO BRUTO PARA 12 MESES ANTES SERVICIO DE HOSPITAL
TOTAL DE PERSONAS EN FAMILIA:		TOTAL INGRESOS BRUTOS DE LA FAMILIA:		

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y cualquier accesorio es cierto.

ApplicantSignature _____ Date _____

* Si usted reporta no por favor de ingresos utilizar otro papel para una explicación de cómo existes financieramente. (Ejemplo vivo con un amigo que paga los gastos, etc...)

MIEMBROS DE FAMILIA TAMAÑO	MÁXIMO ANUAL EN INGRESOS O INFERIOR A CALIFICAR PARA HCAP	ANUALES EN INGRESOS O ABAJO PARA CALIFICAR PARA LA ESPERANZA PROGRAMA	AT DE RENTA ANUAL O SUPERIOR PARA CALIFICAR PARA UN PAGO PLAN
1	\$12,060	\$23,999.40	\$24,120
2	\$16,240	\$31,317.60	\$32,480
3	\$20,420	\$40,635.80	\$40,840
4	\$24,600	\$48,954.00	\$49,200
5	\$28,780	\$57,272.20	\$57,560
6	\$32,960	\$65,590.40	\$65,920
7	\$37,140	\$73,908.60	\$77,280
8	\$41,320	\$82,226.80	\$82,640
	AGREGAR \$4,180.00 PARA CADA PERSONA ADICIONAL	AÑADA \$8,318.20 POR CADA PERSONA ADICIONAL	AGREGAR \$8,360.00 PARA CADA PERSONA ADICIONAL

Si usted tiene gastos médicos significativos que le gustaría haber considerado, describa:

Póngase en contacto con la Oficina de negocios en 419 238 2390 Ext.640 o 419-238-8646, (1-800-686-3963). Ver a un miembro del personal de registro de información del programa.