

Solicitud para ayuda financiera

Instrucciones para diligenciar la solicitud

Diligencie todos los campos de esta solicitud **y firmela** en el lugar indicado para la firma. Suministre toda clase de ingreso familiar bruto como se indica abajo. También debe proporcionar prueba de su ingreso. Las pruebas de ingreso incluyen verificación de salario (desprendibles de pago con fecha del año anterior (1 año antes) de la fecha de servicio para la que usted está solicitando asistencia), información de desempleo, cartas de otorgamiento de Seguro Social (Social Security), registros de empleo independiente, compensación por discapacidad o por accidente de trabajo, pensión alimenticia, pensión de alimentos para menores, pensiones, declaraciones de impuestos (income tax returns if self-employed), etc. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros al 844-373-0871.

Tenga en cuenta que toda la información suministrada es confidencial y se utilizará con el propósito único de determinar su descuento.

Si el ingreso de su familia después de enero 16, 2025 se encuentra dentro de los rangos de ingreso que se presentan abajo, es probable que usted cumpla con los requisitos para recibir atención gratuita para servicios médicos necesarios, aun si usted tiene seguro.

Miembros de la familia	Ingreso anual
1	\$31,300
2	\$42,300
3	\$53,300
4	\$64,300
5	\$75,300
6	\$86,300
7	\$97,300
8	\$108,300
Por cada persona adicional, agregue:	\$11,000

Si no tiene seguro y el ingreso familiar después del 16 de enero de 2025 se encuentra dentro de los rangos que se presentan abajo, es probable que usted cumpla con los requisitos para recibir **atención con descuento**.

Miembros de la familia	Ingreso anual
1	\$93,900
2	\$126,900
3	\$159,900
4	\$192,900
5	\$225,900
6	\$258,900
7	\$291,900
8	\$324,900
Por cada persona adicional, agregue:	\$33,000

Fecha de hoy: _____ Visita/Cuenta# _____

Nombre del paciente: _____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del paciente _____

Dirección del paciente: _____

Teléfono casa # _____ Teléfono Celular # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (Zip code): _____

Dirección de correo electrónico en caso que desee recibir las comunicaciones con respecto a esta solicitud por correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento del (la) paciente: ____/____/____ Estado civil: S C V D

Sexo: M F

¿Cuál es su país de residencia? _____

¿Ha sido residente de ese país durante los últimos seis meses? Sí No

¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos? Sí No

¿Era usted residente de Ohio al momento de su servicio? Sí No

Suministre la información que se solicita a continuación con respecto a usted y a todos los miembros de su familia inmediata que vivan en su casa. Para los fines de esta solicitud, "familia" se define como el (la) paciente, el (la) cónyuge del (la) paciente, y todos los hijos propios o adoptados menores de 18 años de edad que vivan en la casa del (la) paciente. Si el (la) paciente es menor de 18 años, incluya el ingreso de los padres. **Por favor, ingrese solo números. Si deja espacios en blanco o ingresa "N/A" o guiones, la solicitud será rechazada automáticamente.**

Nombre	Edad	Relación con el (la) paciente	Ingreso bruto 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingreso bruto 12 meses antes de la fecha del servicio	Ingreso bruto mensual actual	Clase de ingreso
		PROPIO				
Número total de personas en la familia:		Ingreso familiar total				

Si **no hay ingresos**, explique cómo se mantiene el (la) paciente: _____

Empleador de paciente/garante durante los últimos 12 meses:

Nombre del empleador _____ Fecha contratación: _____ Fecha terminación _____
 Nombre del empleador _____ Fecha contratación: _____ Fecha terminación _____

Empleador de cónyuge durante los últimos 12 meses:

Nombre del empleador _____ Fecha contratación: _____ Fecha terminación _____
 Nombre del empleador _____ Fecha contratación: _____ Fecha terminación _____

¿Ha solicitado Medicaid? Sí No Si respondió "Sí", ¿fue aceptado(a) ? _____

Si respondió "No", ¿le fue negado su ingreso a Medicaid? ¿Por qué? _____

¿Ha solicitado asistencia por discapacidad a través de Seguro Social (Social Security)? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuál fue el resultado? Aprobado Negado Si le aprobaron, fecha de entrada en vigencia: _____

¿Tiene otro seguro de salud además de Medicaid? Sí No

¿Cuánto dinero tiene en su cuenta bancaria, cuenta de ahorros, 401k, IRA, etc.? _____. En el cuadro que se presenta abajo, incluya sus gastos.

*Suministre copias de sus extractos de cuentas bancarias

Vivienda:	Automóvil:	Energía/Gas:	Gastos médicos
Alimentos:	Otros:		

Si el servicio se refiere a su automóvil ¿tiene seguro de automóvil? Sí No

Si respondió "Sí", proporcione la información siguiente:

Nombre de empresa de seguro: _____ Póliza# _____ Grupo# _____

Dirección de empresa de seguro: _____ Teléfono # _____

Comprendo que cualquier ayuda financiera que se brinde puede ser revertida si se determina que esta información no es correcta.

"Proporcionar información falsa para inducir a otro a otorgar crédito o conceder otra clase de beneficio valioso puede estar en contravención del Artículo 2921.13 del Código Revisado de Ohio".

Con la firma del presente documento, expreso que la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del paciente/garante

Fecha/Hora

Firma de cónyuge

Fecha/Hora

Firma del miembro del personal (de ser necesario) Fecha/Hora

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros al 844-373-0871.

Envíe por correo postal la solicitud diligenciada a la siguiente dirección: MSC-J38968 ProMedica Financial Assistance 300 North Summit Street Toledo, Ohio 43604.