

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Institute for Orthopaedic Surgery

FECHA DE SERVICIO: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O DEL SOLICITANTE: _____ DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL: _____
 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE: _____ ESTADO CIVIL: _____

SE DEBEN COMPLETAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA SER CONSIDERADO PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

1. ¿ERA RESIDENTE DE OHIO AL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS EN EL HOSPITAL? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "NO", ¿EN QUÉ ESTADO RESIDÍA? _____
2. ¿HA SOLICITADO MEDICAID U OTRA ASISTENCIA DEL CONDADO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿EN QUÉ FECHA ENTREGÓ SU SOLICITUD? _____
 b) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿SOLICITÓ MEDICAID EN OTRO ESTADO QUE NO FUESE OHIO? SÍ _____ NO _____
 SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿EN QUÉ ESTADO SOLICITÓ LA COBERTURA? _____
3. ¿TENÍA COBERTURA MÉDICA EN LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ" (Y SE LE HA FACTURADO AL SEGURO), ENVÍE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO CON ESTA SOLICITUD.
4. ¿LA FECHA DEL SERVICIO ESTÁ RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿PRESENTÓ UN RECLAMO? NÚMERO DEL RECLAMO: _____ NOMBRE DEL SEGURO: _____
5. ¿TIENE UNA CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA, POR SU SIGLA EN INGLÉS)? SÍ _____ NO _____
 a) SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ENVÍE UNA COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE MUESTRE SU SALDO ACTUAL.
6. **INDIQUE SI ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE LOS SIGUIENTES RECURSOS.**
 a) ¿ALQUILA O ES PROPIETARIO DE SU VIVIENDA? PROPIETARIO _____ ALQUILA _____
 b) CUENTA CORRIENTE/CAJA DE AHORRO: SÍ _____ NO _____ SI SU RESPUESTA ES "SÍ", DECLARE EL VALOR TOTAL \$ _____
 c) OTROS BIENES, LO QUE INCLUYE, ENTRE OTROS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITOS/ACCIONES/CUENTAS DE MERCADO MONETARIO: SÍ _____ NO _____
 SI SU RESPUESTA ES "SÍ", DECLARE EL VALOR TOTAL \$ _____

NOMBRE A TODAS LAS PERSONAS DE SU HOGAR A CONTINUACIÓN. SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UN FORMULARIO ADICIONAL.

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	Fecha de nacimiento	INGRESO TOTAL DE LOS 3 MESES PREVIOS A LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	INGRESO TOTAL DE LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FUENTE DE INGRESOS NOMBRE DEL EMPLEADOR (INDIQUE SI ES UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	USTED MISMO				

ENVÍE COMPROBANTES DE LOS INGRESOS DE LOS 3 O 12 MESES CON ESTA SOLICITUD:

SE CONSIDERA QUE LOS INGRESOS SON LOS INGRESOS TOTALES ANTES DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS E INCLUYEN, ENTRE OTROS: • SUELDOS O SALARIOS DE EMPLEO (ENVIAR TALONES DE PAGO DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES) • DESEMPLEO • PENSIÓN ALIMENTICIA • BENEFICIOS DE VA (Veterans Affairs, Asuntos relacionados con la tercera edad) • SEGURO SOCIAL (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) O CARTA DE ADJUDICACIÓN • MANUTENCIÓN INFANTIL • PENSIÓN O JUBILACIÓN • 401K • CARTA DE ADJUDICACIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES • PAGOS GLOBALES • ASISTENCIA DE OWF (OHIO WORKS FIRST) • PENSIONES ANUALES • RECIBOS DE EFECTIVO • REGISTRO DE TRABAJO INDEPENDIENTE • TRABAJOS ESPORÁDICOS • DECLARACIÓN DE IMPUESTO A LA RENTA • CUALQUIER OTRO INGRESO • SI USTED ESTÁ DECLARANDO QUE NO TIENE INGRESOS, DEBE COMPLETAR LA DECLARACIÓN DE APOYO A CONTINUACIÓN PARA QUE LO CONSIDEREN PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA • SE PUEDEN SOLICITAR COMPROBANTES DE CUENTAS CORRIENTES/CAJAS DE AHORRO (U OTROS BIENES) • LOS CUPONES PARA ALIMENTOS NO SE COMPUTAN COMO INGRESO PERO SE DEBEN ENUMERAR EN LA LÍNEA DE "DECLARACIÓN DE APOYO".

SI DECLARÓ QUE NO TIENE INGRESOS, ¿CÓMO SE SUSTENTA? _____

CERTIFICACIÓN: CON LA FIRMA EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. SI UNA REVISIÓN POSTERIOR DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UNA PERSONA REVELARA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA PERSONA ES INCORRECTA O FRAUDULENTO, SE PUEDE REVERTIR LA DECISIÓN DE BRINDAR ASISTENCIA FINANCIERA Y SE LE COBRARÁ A LA PARTE RESPONSABLE. ENTENDIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ESTÁ SUJETA A UNA VERIFICACIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL DE SALUD ENCARGADO, INCLUSO DE LAS AGENCIAS DE INFORMACIÓN CREDITICIA Y ESTÁ SUJETA A UNA REVISIÓN POR PARTE DE LAS AGENCIAS ESTATALES Y/O FEDERALES Y DE OTROS, SEGÚN CORRESPONDA. AUTORIZO A MI EMPLEADOR A DIVULGAR MIS COMPROBANTES DE INGRESOS A MI PROVEEDOR DE HOSPITAL.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE: _____ RELACIÓN: _____ FECHA: _____
 (SI NO ES EL PACIENTE)

ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN A:

Institute for Orthopaedic Surgery
 Attn: Billing Department
 801 Medical Drive, Suite B
 Lima, Ohio 45804