



SOLICITUD DE GARANTÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

IS NOW PART OF



Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica: _____ Número de cuenta: _____
 Dirección: _____ Mes del servicio: _____ Familiar entrevistado: _____
 Ciudad: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Parte responsable: _____
 Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

¿Es usted residente del estado de Ohio? Sí No

¿Tiene seguro médico que cubra estos servicios? Sí No Si la respuesta es sí, introduzca la información abajo y adjunte una copia de la tarjeta de seguro.

Nombre de la compañía de seguro _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

¿Tiene beneficios de Medicaid? Sí No Si la respuesta es sí, introduzca el n.º de factura _____ y adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid.

¿Cuenta con los beneficios de asistencia en caso de discapacidad (DA)? Sí No

Si la respuesta es sí, introduzca el n.º de factura _____ y adjunte una copia de la tarjeta de DA.

Anote a todos los familiares (incluido usted). Pueden anotarse más familiares en una hoja de papel adjunta. Los familiares incluyen a los padres, cónyuges y niños (naturales o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que viven en la casa junto con el paciente. Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingreso por rentas, compensación de desempleo, beneficios de seguro social, asistencia pública, etc.

Familiares	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos (nombre del empleador)	Ingresos durante 3 meses antes del servicio	Ingresos durante 12 meses antes de la fecha de prestación del servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
TOTALES					

DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DE LOS INGRESOS FAMILIARES: Incluya todos los documentos que comprueben sus ingresos familiares durante los tres (3) meses o los doce (12) meses anteriores a las fechas de prestación del servicio. Esto puede incluir sus W-2, carta de asignación de seguro social, talones de pago o cartas de los empleadores. SÓLO para los trabajadores independientes: Se aceptan declaraciones de impuestos y tablas. Si no ha llenado su declaración de impuestos, puede llamar al 1-800-829-1040 para obtener del IRS una carta comprobante de no declaración. **Si los familiares no tuvieron ingresos durante los plazos anteriores, ponga "NINGUNA" en la fuente y \$0.00 como ingreso. Si arriba indicó \$0.00 o sin ingresos, explique brevemente cómo usted (o el paciente) sobrevivieron económicamente durante el período indicado arriba:**

Confirmando que las respuestas en esta solicitud son verdaderas y entiendo que es ilegal presentar información falsa de forma deliberada para obtener beneficios del gobierno.

Firma del solicitante: _____ **Fecha en que se completó:** _____

Es posible agregar a más familiares en la parte posterior de esta hoja. Esta solicitud tiene una validez de sólo treinta (30) días. Se requiere una solicitud nueva o actualizada para cada mes en que se presten los servicios. Devuelva todas las solicitudes de ayuda económica a los asesores financieros en HCAP@lakehealth.org, en 7590 Auburn Rd., Concord, OH 44077 o en cualquier centro de Lake Health.