

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

*Utilice tinta negra o azul.* Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Responda las siguientes preguntas según se apliquen a este paciente:**

- ¿Era usted residente de Ohio, Kentucky o Indiana en el momento de su servicio hospitalario?  si  No
- ¿Estaba recibiendo Medicaid en el momento de su servicio hospitalario?  si  No  
En caso afirmativo, el número de identificación del beneficiario de Medicaid es: \_\_\_\_\_
- ¿Estaba recibiendo Asistencia por discapacidad en el momento de su visita al hospital?  si  No  
En caso afirmativo, el número de identificación de Asistencia por discapacidad es: \_\_\_\_\_
- ¿Tenía algún otro seguro médico al momento de su servicio hospitalario?  si  No  
En caso afirmativo, proporcione una copia de su tarjeta si aún no la ha proporcionado: \_\_\_\_\_

**La verificación de ingresos debe acompañar a esta solicitud. La documentación debe recibirse dentro de los 45 días para poder procesar su solicitud.** Incluya prueba de los ingresos brutos de los últimos períodos de pago de cada empleador en el año actual y una copia de la página 1 de la declaración federal 1040 más reciente. Si recibe ingresos de otra fuente, como manutención de menores, pensión alimenticia, seguridad social, pensión, etc., proporcione documentación sobre el monto y la frecuencia de pago. Si declara ingresos de \$ 0, explique a continuación con las fechas de inicio y finalización de su desempleo. Debe proporcionar los ingresos del cónyuge separado o una declaración detallada de por qué no puede proporcionar la información. Tenga en cuenta que las familias que son miembros de un plan de seguro que no está contratado con Lindner Center of HOPE no serán elegibles para el descuento en la parte impaga de su reclamo. Solo serán elegibles para el descuento sobre los saldos atribuidos a deducibles y / o coaseguro. También tenga en cuenta que los descuentos pueden no aplicarse si una cuenta de ahorros para la salud (HSA), una cuenta de reembolso para gastos médicos (HRA) o un fondo similar designado para gastos médicos familiares. El pago de cualquiera de los fondos vence antes de que se pueda aplicar cualquier descuento.

**Proporcione lo siguiente para todas las personas de su familia inmediata. Esto se define como el paciente, el paciente cónyuge y todos los hijos del paciente menores de 18 años (biológicos, adoptivos o hijastros). Agregue hojas adicionales de papel si es necesario.**

Nombre (s)	Fecha de nacimiento	Relación con paciente	Total de ingresos para 3 meses antes Servicio	Total de ingresos para 12 meses antes Servicio	Tipo de ingreso verificación adjunto

**Indique si usted o los miembros de su familia:**

- Recibe ingresos de otra fuente:  si  No \$ \_\_\_\_\_
- Poseer o alquilar una casa:  si  No Sin pago mensual \$ \_\_\_\_\_
- Consultando su ahorro:  si  No \$ \_\_\_\_\_
- Otros activos, incluido el mercado monetario / acciones:  si  No \$ \_\_\_\_\_

**Si declaró cero ingresos, ¿cómo se le mantiene?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en mis anexos es verdadero.

Firma (paciente / solicitante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Debe estar firmado y fechado para ser válido** **Tenga en cuenta que esto se aplica solo a los servicios recibidos en Lindner Center of HOPE.**