



Solicitud de asistencia financiera

- Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio (HCAP)
- Programa de Asistencia Financiera para Atención Médica

Imprima toda la información

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección física, ciudad, estado, código postal			Teléfono de contacto durante el día
Fecha de servicio	Número de cuenta del hospital	¿Tiene seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado*
Estatus laboral al momento del servicio: <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Desempleado			
¿Era usted residente de Ohio al momento de recibir el servicio en el hospital? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Recibía usted Medicaid de forma activa al momento de recibir el servicio en el hospital? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de facturación de Medicaid: _____	
¿Recibía usted asistencia por discapacidad de forma activa al momento de recibir el servicio en el hospital? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre del cónyuge (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Estatus laboral del cónyuge al momento del servicio: <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Desempleado			

La solicitud cubre una hospitalización o un mes de servicio y los dos meses siguientes

“Familia” incluye al paciente, al cónyuge del paciente * (**independientemente de si vive en el hogar**) y a todos los hijos del paciente, ya sean naturales o adoptivos, **de menos de 18 años que vivan en el hogar**. Si el paciente es menor de 18 años, “familia” incluirá al paciente, a su(s) padre/madre natural(es) o adoptivo(s) * (**independientemente de si vive(n) en el hogar**) y a los hijos menores de 18 años de los padres que vivan en el hogar.

Nombre del miembro de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Ingreso bruto percibido en los tres meses anteriores al mes de servicio (en caso de ser cero, debe completar la Declaración de no ingresos a continuación)	Fuente de ingresos o nombre del empleador
(Paciente)		(Yo mismo)		
Número total de personas en la familia:			Ingresos totales de la familia:	

Declaración de no ingresos:

Explique brevemente cómo se cubrieron las necesidades básicas de alimentación/vivienda en los tres meses anteriores a la fecha del servicio.

* Se requiere el ingreso del cónyuge o padre/madre que no vive en el hogar, salvo que dicho cónyuge o padre/madre ausente no contribuya al hogar; use el bloque de INGRESOS para indicar “No contribuye”.

La verificación de ingresos incluye, entre otros, copias de todos los salarios antes de impuestos, pensión, beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario/Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (SSI/SSD, por sus siglas en inglés)/desempleo, pensión alimenticia, manutención infantil (si el paciente es un hijo), beneficios de veteranos, distribuciones de una cuenta individual de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), 401(k) y 401(b).

Si recibe beneficios del Seguro Social o por discapacidad, puede presentar una carta de verificación de ingresos o su formulario 1099 más reciente. Puede obtener una carta de verificación llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Yo, el abajo firmante, he proporcionado la información anterior a fin de ser considerado para la asistencia financiera a través de Summa Health System.

A mi leal saber y entender, declaro que esta información es verdadera y exacta.

Comprendo que estos son fondos federales y acepto la responsabilidad de su uso en mi nombre.

Comprendo que Summa Health System se reserva el derecho de modificar o cancelar este programa de conformidad con las normas del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés).

X _____
(PARA QUE LA SOLICITUD SEA VÁLIDA, EL PACIENTE, O UN REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE, DEBE FIRMARLA)

(FECHA)

X _____
(FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL/DEPARTAMENTO O AGENCIA)

(FECHA)

Aviso importante para nuestros pacientes

Los programas de asistencia financiera aplican solo para los cargos del hospital. Los programas no incluyen honorarios de facturación de médicos o profesionales.

Declaración de la política

Summa Health System está comprometido con proporcionar asistencia financiera que ofrezca soluciones a las necesidades de la comunidad, sin importar raza, edad, género, color, origen étnico, nacionalidad de origen, ciudadanía, lengua materna, religión, discapacidad, impedimento, educación, situación laboral o académica, disposición, relaciones, cobertura de seguro, situación en la comunidad o cualquier otro factor diferenciador discriminatorio. Asistencia Financiera para la Atención Médica ("HFA", por sus siglas en inglés) es un programa financiado en su totalidad por Summa Health System que cubre a los pacientes que no tienen seguro de salud y a aquellos que solo tienen cobertura parcial (es decir, a los no asegurados y a aquellos con seguro insuficiente) que cumplan con criterios de ingresos y otros criterios de elegibilidad.

Participación en el mercado (intercambio) de seguros médicos

- Si un paciente ha optado por no ingresar al mercado/intercambio, no se le puede conceder asistencia financiera hasta que lo haga. Entre las excepciones a esta política se encuentran los pacientes dados de alta a un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), los pacientes fallecidos sin patrimonio y los pacientes que han documentado su situación de sinhogarismo.
- Se puede ofrecer asistencia financiera para atención médica una vez que el paciente cumpla con el requisito para el seguro.

INGRESO ANUAL					
Número de miembros de la familia	HCAP 100 % del Nivel federal de pobreza (NFP) Descuento del 100 %	Beneficencia Entre el 101 % y el 250 % del NFP Descuento del 100 %		Beneficencia Entre el 251 % y el 400 % del NFP Monto generalmente facturado (MGF) = descuento del 85 %	
		1	\$13,590	\$13,591	\$33,975
2	\$18,310	\$18,311	\$45,775	\$45,776	\$73,240
3	\$23,030	\$23,031	\$57,575	\$57,576	\$92,120
4	\$27,750	\$27,751	\$69,375	\$69,376	\$111,000
5	\$32,470	\$32,471	\$81,175	\$81,176	\$129,880
6	\$37,190	\$37,191	\$92,975	\$92,976	\$148,760
7	\$41,910	\$41,911	\$104,775	\$104,776	\$167,640
8	\$46,630	\$46,631	\$116,575	\$116,576	\$186,520

Agregar \$4,720 por cada persona adicional

Válido para fechas de servicio a partir del 12/01/2022

"Familia" incluye al paciente, al cónyuge del paciente * (**independientemente de si vive en el hogar**) y a todos los hijos del paciente, ya sean naturales o adoptivos, **de menos de 18 años que vivan en el hogar**. Si el paciente es menor de 18 años, "familia" incluirá al paciente, a su(s) padre/madre natural(es) o adoptivo(s) * (**independientemente de si vive(n) en el hogar**) y a los hijos menores de 18 años de los padres que vivan en el hogar.

La política completa está disponible en summahealth.org/patientvisitor.

Summa Health System – Patient Account Services

P.O. Box 2090
Akron, OH 44398-6153

