



**WOOD COUNTY
HOSPITAL**

**950 W Wooster Street
Bowling Green, OH 43402**

Solicitud del HCAP/asistencia financiera

Nombre del paciente: _____ **Fecha de la solicitud:** _____

Nombre del solicitante, si no es el paciente: _____
(si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas relacionadas con el paciente)

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **C. P.:** _____

FECHA DE RECEPCIÓN DEL SERVICIO HOSPITALARIO: _____ hasta _____

1. ¿Usted era residente de Ohio al momento de recibir el servicio del hospital? Sí _____ No _____
2. ¿Usted se encontraba en Ohio únicamente para recibir atención médica? Sí _____ No _____
3. ¿Usted era beneficiario activo de Medicaid al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, indique el número de identificación para facturación de Medicaid _____
4. ¿Usted era beneficiario activo de asistencia por discapacidad al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____
5. ¿Usted tenía seguro médico al momento de recibir el servicio del hospital? Sí _____ No _____

Proporcione la siguiente información sobre todos los integrantes de su familia cercana que habitan en su hogar. Para los fines del programa Hospital Care Assurance Program (Programa de Aseguramiento de la Atención Hospitalaria, HCAP), el término "familia" comprende al paciente, al cónyuge del paciente y a todos los hijos del paciente menores de 18 años (biológicos o adoptivos) que vivan en el hogar del paciente.

Nombre:	Edad	Vínculo con el paciente	Ingreso durante los últimos 3 meses anteriores a la recepción del servicio del hospital*	Tipo de verificación de ingresos
Paciente:		El paciente mismo		
Total de integrantes de la familia:				

* Es posible que un asesor financiero solicite la verificación de los ingresos. Tal verificación podrá incluir la presentación de recibos de sueldo u otros documentos que contengan información sobre los ingresos correspondientes al período de (3) meses anterior a la recepción del servicio del hospital.

***Si se informa un ingreso nulo, proporcione una breve explicación a continuación sobre cómo sobrevive (el paciente):**

Mediante mi firma a continuación, certifico que la información contenida en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadera.

 **Firma del solicitante** _____ **Fecha:** _____