

KETTERING HEALTH NETWORK

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ASISTENCIA FINANCIERA O DE MEDICAMENTOS Kettering Memorial Sycamore Grandview Southview Greene Memorial Troy Fort Hamilton Soin/Beavercreek Medical Center Kettering Behavioral Medicine Center

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Fecha(s) del servicio hospitalario _____

¿Ha solicitado beneficios de Medicaid dentro de los últimos 90 días? Sí ___ No _____

¿Era residente de Ohio al momento de recibir los servicios hospitalarios? Sí ___ No _____

¿Era receptor activo de Medicaid al momento de recibir el servicio? Sí ___ No _____

¿Era receptor activo de la Asistencia por Discapacidad al momento de recibir el servicio? Sí ___ No _____

Estado civil: Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___ Soltero(a) ___ Pareja conviviente ___

OBLIGATORIO: Tamaño del hogar (incluidos usted, su cónyuge o pareja conviviente, todos los dependientes y todos los demás miembros del hogar): _____ **Información de su cónyuge o pareja conviviente:**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Indique todos los miembros del hogar que deben considerarse para la asistencia financiera (use la página siguiente para indicar miembros adicionales del hogar, si es necesario)

Incluir a todos los miembros del hogar y su relación con el paciente como HCAP y KHN Charity calculan el tamaño de la familia de diferentes maneras. (Solo los familiares casados, nacidos de manera natural o adoptados calificarán para un hogar HCAP)

Nombre del (padre/madre): _____ Fecha de nacimiento: ___(edad) _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___(edad) _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___(edad) _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___(edad) _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___(edad) _____ Relación: _____

OBLIGATORIO: Ingresos brutos mensuales (deben informarse todos los ingresos de la familia) Los ingresos informados deben ser para períodos de tiempo anteriores a las fechas de servicio hospitalario

| Ingresos del hogar | Paciente | Cónyuge o pareja conviviente | Dependiente de 18 a 20 años | Padre, madre o cuidador |
|--|----------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Ingresos del empleo | | | | |
| Ingresos brutos del Seguro Social | | | | |
| Pensión/jubilación | | | | |
| Beneficios de VA | | | | |
| Ingresos temporarios por discapacidad (Temporary Disability Income, TDI) | | | | |
| Beneficios de desempleo | | | | |
| Pensión | | | | |
| Manutención de menores | | | | |
| Otro: (describir) | | | | |
| Ingresos mensuales totales | \$ | \$ | \$ | \$ |

OBLIGATORIO:

1. ¿Se han producido cambios en sus ingresos mensuales en los últimos 12 meses? Sí _____ No _____
2. Ingresos brutos totales familiares para los 3 meses anteriores \$ _____
3. Ingresos brutos totales familiares para los 12 meses anteriores \$ _____
4. Si se informan ingresos de \$0, proporcione una breve explicación sobre cómo cumple con sus obligaciones mensuales.

Autorizo a KHN a enviar, intercambiar documentación de información personal a compañías de fabricación farmacéutica con el fin de ayudarme a obtener asistencia financiera para mis gastos de medicamentos y certifico mediante mi firma a continuación que todo lo que he declarado en esta solicitud es verdadero y preciso a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de KETTERING HEALTH NETWORK. Comprendo que si alguna parte de la información que he proporcionado es falsa, KETTERING HEALTH NETWORK reevaluará mi estado de elegibilidad para asistencia financiera y tomará las medidas apropiadas. Entiendo que es posible que tenga que proporcionar una prueba de los ingresos según lo define KHN, y la falta de envío de la documentación solicitada provocará la denegación de mi solicitud.

Firma del solicitante _____ Fecha de hoy _____

Si está firmado por otra persona distinta del paciente, indique el nombre completo y el motivo por el cual el paciente no puede firmar

Complete y envíe con comprobante de ingresos a KHN Financial Assistance PO Box 933310 Cleveland, OH 44193
Correo electrónico: FinancialCounselors@ketteringhealth.org Fax: 937-522-9944 Si tiene preguntas adicionales, llame al: 937-914-7680