



Solicitud del paciente para asistencia financiera o de medicamentos

Campus principal de Kettering Health, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, SoIn Medical Center, Kettering Health Hamilton, Kettering Health Behavioral Medical Center y Kettering Health Troy

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

Complete la información del paciente que se indica a continuación.

Fecha del servicio hospitalario _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono (____) _____

¿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 Divorciado Viudo/a Soltero/a Pareja conviviente

PARTE 2: TAMAÑO DE LA FAMILIA (OBLIGATORIA)

Indique el tamaño de la familia e incluya el nombre, la fecha de nacimiento y la edad de todos los miembros del hogar, así como la relación que tienen con usted.

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

Nombre del cónyuge/pareja conviviente _____ Fecha de nacimiento _____

Proporcione la siguiente información para todos los miembros del hogar y su relación, ya que HCAP y Kettering Health Charity calculan el tamaño de la familia de diferentes maneras. (Solo los familiares por matrimonio, nacimiento o adopción calificarán para un hogar HCAP).

Nombre	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
_____ Nombre	_____ Fecha de nacimiento	_____ Edad	_____ Relación

PARTE 3: INGRESOS FAMILIARES (OBLIGATORIA)

Proporcione ingresos brutos mensuales para usted, su cónyuge/pareja conviviente y todos los demás miembros de la familia durante 3 meses y/o 12 meses antes de la fecha del servicio hospitalario. Documentos comprobantes de ingresos aceptados: talones de cheques, declaraciones de impuestos o formularios 1099 o W2, estados de cuenta del Seguro Social, de la pensión o de VA, documentos judiciales y otros documentos para comprobar ingresos, según se informa a continuación.

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 o jubilación				
Beneficios de VA				
Ingresos temporales por discapacidad (Temporary Disability Income, TDI)				
Beneficios por desempleo				
Pensión				
Manutención de menores				
Otro (describir)				
Ingresos mensuales totales	\$	\$	\$	\$

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

Autorizo a Kettering Health a enviar documentación de información personal a compañías de fabricación farmacéutica, o intercambiarla con ellas, 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. Entiendo que si alguna parte de la información que he proporcionado es falsa, Kettering Health reevaluará mi estado de elegibilidad para asistencia financiera y tomará las medidas apropiadas. Entiendo que es posible que Kettering Health solicite pruebas adicionales de los ingresos, y que no enviar la documentación solicitada resultará en la denegación de mi solicitud.



Solicitud del paciente para asistencia financiera o de medicamentos

Firma del solicitante/tutor legal _____ Fecha _____
Si está firmado por otra persona distinta del paciente, indique el nombre completo y el motivo por el cual el paciente no puede firmar.

Envíe la solicitud y todos los documentos correspondientes a: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193**, correo electrónico: **FinancialCounselors@ketteringhealth.org** o por fax (937) 522-9944. Si tiene preguntas adicionales, llame al: (937) 914-7680