



SOLICITUD DE ASISTENCIA
Application for Financial Assistance

Fecha: _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Letra inicial del Segundo Nombre) _____

Estado Matrimonial: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a _____

Dirección de Domicilio: _____ Apt.# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: (____) _____ - _____ Numero de Celular: (____) _____ - _____

Estado de Empleo: Empleado/a Trabajador/a independiente Desempleado/a Jubilado/a Incapacitado/a

Si empleado, Empleador: _____ Fecha cuando fue contratado: _____

¿Si desempleado/a: por cuánto tiempo? _____

Estado de Empleo del/ la Cónyuge: Empleado/a Trabajador/a independiente Desempleado/a Jubilado/a Incapacitado/a

Si empleado, Empleador: _____ Fecha cuando fue contratado: _____

¿Si desempleado: por cuánto tiempo? _____

FECHA(S) DE ASISTENCIAS: Desde: _____ Hasta: _____

¿Usted era residente de Ohio al momento de su asistencia del hospital? Si No

¿Usted era destinatario activo de Medicaid al momento de su asistencia médica en el hospital? Si No

Si fue, Número de Medicaid del Destinatario: _____

¿Usted era destinatario activo/a de Asistencia de Incapacidad al momento de su asistencia del hospital? Si No

Si fue, por favor proporcione una copia de su tarjeta de DA

¿Usted tenía seguro medico (aparte del Medicaid) al momento de su asistencia del hospital? Si No

Evaluación de activos: ¿Posee usted o tiene alguna de las siguientes?

Casa Si No Prestamo hipotecario Si No El valor en efectivo de seguro de vida Si No Si tiene una, valor: \$ _____

Cuenta de chequera? Si No Si tiene una: \$ _____ Cuenta de ahorros Si No Si tiene una: \$ _____

Poseer un vehículo? Si No Si tiene una, marca modelo año: _____

Para cualquier acciones, bonos, Fondos Mutuos" CD", propiedades de alquiler, vehículos recreativos? Si No Si tiene una ¿cuál y el valor: _____

Ingreso Neto Anual (Total de ingreso de ambos el suyo y el de su esposa, Incluyendo sustento al niño): \$ _____

Para el propósito de esta solicitud, "familia" es definida como el paciente, esposo/a del paciente, y todo niño menor de 18 años (Natural y adoptivo).

	Nombre y Edad de los Miembros en familia en el Hogar		Parentesco al paciente	Ingreso Neto de 3 meses antes del servicio del hospital	Ingreso Neto Para 12 meses antes de servicio del hospital	*Tipo de Prueba de Ingreso proporcionados
	Nombre	edad				
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

*Por favor adhiera con esta solicitud verificación de sus ingresos. Verificación de ingreso debe de incluir el recibo de los impuestos, talón del cheque, W-2's, documentos de sustento al niño, beneficios de Seguro Social u otros documentos conteniendo información por el periodo de tiempo. Si usted reporta \$0 ingreso usted tendrá que proporcionar una carta explicación brevemente en la parte de atrás de este formulario quien lo/a esta manteniendo.

Por mi firma proporcionada, Yo certifico que todo lo que yo he proporcionado en esta solicitud es correcta en lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Approved by: _____ Fecha: _____

FTMC MC LLC EU BADH NBP

Case Management/Social Work/Community Referral