



# Solicitud de asistencia financiera (HCAP/Atención caritativa) Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_

El Hospital de niños Akron ofrece un Programa de asistencia financiera a todos los pacientes en necesidad financiera, a todos los niveles de ingresos, con base en una escala gradual. Los pacientes que no califican para asistencia a través de Medicaid pueden calificar para atención caritativa con base en las Pautas federales de pobreza.

## Información del paciente

Nombre completo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Número del seguro social del paciente \_\_\_\_\_

## Garante N.º 1 (Persona responsable de pagar la cuenta)

Nombre completo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

## Garante N.º 2 (Persona responsable de pagar la cuenta)

Nombre completo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

### Las siguientes preguntas se deben responder para procesar su solicitud:

- ¿Era el paciente un residente de Ohio en la fecha del servicio del hospital?  Sí  No ¿Es el paciente un ciudadano de los EE. UU.?  Sí  No
- ¿Tuvo el paciente seguro médico que no sea Medicaid en el momento del servicio?  Sí  No Si la respuesta es sí, nombre y número de identificación de la aseguradora: \_\_\_\_\_
- ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?  Sí  No Si la respuesta es sí, número de identificación del receptor de Medicaid: \_\_\_\_\_

Marque si es empleado por cuenta propia e incluya su 1040 y programa apropiado, o la Declaración de ingresos/pérdidas W2/1099 por 3 meses antes de la fecha del servicio.

Proporcione la siguiente información para el paciente y todas las personas que viven en el hogar. Para HCAP, "familia" se define como: paciente, padres del paciente, todos los hermanos del paciente (naturales o adoptivos).

\*Adjunte hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR	AÑOS EN EL TRABAJO	INGRESO BRUTO PARA 3 MESES ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO	INGRESO BRUTO PARA 12 MESES ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO
1.	<i>Paciente</i>					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

La documentación de ingresos debe acompañar a esta solicitud. Ejemplos de ingresos incluyen sueldos brutos (antes de impuestos), pensión alimenticia, pensión conyugal, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, etc.

Si informó cero (\$0.00) ingresos, explique a continuación cómo se proporcionaron las necesidades básicas de alimentos y de vivienda hasta la fecha del servicio. \*Adjunte hojas adicionales si es necesario.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
HCAP	CHARITY
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AFIRMO A MI LEAL SABER Y ENTENDER, QUE LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON CIERTAS Y COMPLETAS. AUTORIZO AL HOSPITAL DE NIÑOS AKRON A ACTUAR EN MI NOMBRE PARA CALIFICARME PARA LA MEJOR ASISTENCIA A LA QUE SOY ELEGIBLE. CON EL FIN DE PROPORCIONAR APOYO, ENTIENDO QUE UN REPRESENTANTE DEL HOSPITAL DE NIÑOS AKRON PUEDE CONTACTARME PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O USAR UNA ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN FINANCIERA DECLARADA EN ESTA SOLICITUD.

\_\_\_\_\_ Firma del solicitante/padre \_\_\_\_\_ Fecha

\* Haga clic aquí si está incluida una segunda hoja en esta solicitud

## Cómo solicitar

Complete una solicitud separada para cada admisión de paciente hospitalizado a menos que el paciente sea readmitido por la misma condición dentro de 45 días del alta.

La elegibilidad del servicio para pacientes ambulatorios es válida durante 90 días a partir de la primera fecha del servicio.

1. Llene le **FECHA(S) DEL SERVICIO**.
2. **TODAS** las áreas que aplican en el formulario de solicitud deben ser **COMPLETADAS**.
3. El formulario de solicitud debe ser **FIRMADO** y **FECHADO**.
4. Si el paciente es un hijo menor:
  - Se deben proporcionar los **NOMBRES DE AMBOS PADRES**, sea que estén viviendo o no en el hogar.
  - Se deben proporcionar los **INGRESOS** (si se conocen) **DE AMBOS PADRES**, sea que estén viviendo o no en el hogar.
  - **EJEMPLOS DE INGRESOS** incluyen sueldos brutos (antes de impuestos), pensión alimenticia, pensión conyugal, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, etc.
5. **SE DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS BRUTOS** para el periodo correcto de tiempo indicado en el formulario de solicitud (3 meses o 12 meses) **ANTES** la fecha del servicio). Esto **NO** incluye el mes del servicio.

La **DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS** puede ser boletas de pago, estado de resultados del empleador, o determinación de beneficios del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), Discapacidad del Seguro Social (SSD). Nota: Los W2 solo se pueden usar si la fecha del servicio es en enero.

Si los ingresos figuran en la solicitud, se **DEBE** proporcionar documentación para esos ingresos. Por favor, proporcione **COPIAS ÚNICAMENTE; LOS DOCUMENTOS NO SERÁN DEVUELTOS**.

NO se aceptará información incompleta de ingresos sin una explicación.

6. **SI EL INGRESO ES CERO (\$0.00)**, **DEBE** proporcionar una explicación corta de cómo se están logrando los gastos de vida.
7. **VERIFIQUE, FIRME Y FECHÉ LA SOLICITUD**.
8. **ENVÍE la solicitud y toda la documentación a:**
  - **POR CORREO:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 910, Akron, OH 44309-0910
  - **EN PERSONA:** Admisión en el 3er piso del hospital o cualquier sitio de inscripción de pacientes.
  - **POR FAX:** 330-543-3146



### Usted puede calificar para atención hospitalaria gratuita o a costo reducido.

Akron ofrece asistencia financiera a familias que no pueden pagar sus facturas hospitalarias.

**1. HCAP: Para calificar a atención gratuita, los pacientes deben ser residentes de Ohio, actualmente no en Medicaid, tener ingresos familiares a o debajo de las Pautas federales de pobreza.**

#### Pautas federales de pobreza; 26 de enero de 2017

Tamaño de la familia	Ingresos anuales
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
5	\$29,420
6	\$33,740
7	\$38,060
8	\$42,380
Cada persona adicional	Agregar \$4,320

**2. Si usted no es elegible para HCAP o tiene ingresos arriba del nivel de pobreza, puede calificar para otra asistencia.** Akron ofrece atención a costo reducido o atención caritativa a familias que cumplan con otros requisitos de ingresos o dificultad financiera.

**Llame a Asesoramiento financiero si tiene preguntas sobre la asistencia financiera y cómo solicitarla: 330-543-2455.**

**Servicios de traducción disponibles:** Se proporciona asistencia en otros idiomas. Comuníquese a Servicios de acceso al idioma para obtener ayuda.



One Perkins Square  
Akron, OH 44308  
330-543-1000  
akronchildrens.org  
6/17



## ¿Necesita ayuda para pagar sus facturas del hospital?

El Hospital de niños Akron puede brindar atención gratuita o a costo reducido.

Si necesita ayuda financiera:

1. Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (HCAP) brinda atención gratuita a familias que califican.
2. El Hospital de niños Akron ofrece atención a costo reducido o caritativa a quienes no son elegibles para HCAP.



### Si necesita ayuda para pagar su factura del hospital:

- Llene esta solicitud. Para preguntas sobre qué ayuda se ofrece y cómo solicitarla, llame a Asesoramiento financiero: 330-543-2455.

Si tiene preguntas acerca de su factura, llame a Servicio al cliente: 330-543-8500, 800-933-7440