



Fulton County Health Center

Gracias por escoger el Fulton County Health Center (el Centro de Salud del Condado Fulton) por sus necesidades médicas.

Incluida hay una solicitud para la ayuda financiera por servicios proveídos en el Fulton County Health Center, FCHC Medical Care, Fulton County OB/GYN, Delta Medical Center, Fayette Medical Center, West Ohio Family Physicians, West Ohio Orthopedics (*ortopedia*) y West Ohio Pediatrics (*pediatría*). ****Los otros proveedores que desempeñan servicios en el Fulton County Health Center, pero no se cubren debajo de esta póliza incluyen Patología (Dr Paneda), Radiología (Dr Pole), Médicos de la Sala de Emergencia (ProBill – HLES), Anestesia (NAP), y Curación de Heridas (Dr Nazzal).**

“Efectivo 01/02/2017 – Las solicitudes no pueden estar procesado para ninguna porción de co-pago. Cualquier monto de co-pago es la responsabilidad del paciente.”

Por favor, que este consciente de que los Consejero(s) Financiero(s) pueden pedirle a Ud. la información siguiente para procesar su solicitud financiera para darle a Ud. el mejor beneficio.

Obligatorio para el Procesamiento:

TODAS las preguntas deben estar contestadas

Enumerar todos los miembros de familia que viven en la casa con el paciente, sus edades, y su parentesco al paciente

TODAS las líneas de INGRESOS deben estar llenadas (Incluya 3 y/o 12 meses) antes de la fecha de servicio

Si se declara CERO INGRESOS, Ud. DEBE incluir una declaración de como sobrevive financieramente

La solicitud debe estar **FIRMADA y FECHADA POR EL PACIENTE** a menos que el paciente es un dependiente/fallecido/ tiene un poder notarial

Solicitud Adicional: (se la pueda pedir para programas financieras adicionales)

Solicitó Medicaid

Copias de los ingresos actuales y los impuestos del año anterior

Adjuntar copias actuales de todas las facturas médicas (Médica, Recetas, Dental y Vision)

Deuda a Ingresos

Su respuesta rápida en llenar y devolver su solicitud financiera le ayudará evitar las facturaciones en el futuro y/o la actividad potencial del recobro de impagados.

Por favor, llame la Financial Counseling Office (*Oficina de Consejos Financieros*) con cualquier pregunta, para hacer cita, o para recibir ayuda en llenar su solicitud. Estamos disponibles los lunes -- los miércoles (8:00 am a 5:00 pm) y los jueves y viernes (8:00 am a 4:30 pm) por llamarnos a **419-330-2669 (opción # 2)**.

Puede enviar su solicitud llenada a Fulton County Health Center por:

Email: cashiers@fulhealth.org

Fax: 419-330-2686

FCHC Medical Care

735 South Shoop Avenue

Wauseon, Ohio 43567

Miembros de familia	HCAP	Caridad
1	12,060	24,120
2	16,240	32,480
3	20,420	40,840
4	24,600	49,200
5	28,780	57,560
6	32,960	65,920
7	37,140	74,280
8	41,320	82,640

Fecha de servicio 31/1/2017 – 12/1/2018
 Añada \$4,180 por cada persona adicional
 si la unidad de familia tiene más de 8 miembros.

Miembros de la familia	HCAP	Caridad
1	12,140	24,280
2	16,460	32,920
3	20,780	41,560
4	25,100	50,200
5	29,420	58,840
6	33,740	67,480
7	38,060	76,120
8	42,380	84,760

Fecha de servicio 13/1/2018 – Presente
 Añada \$4,320 por cada persona adicional
 si la unidad de familia tiene más de 8 miembros.

FULTON COUNTY HEALTH CENTER
 CASHIER OFFICE
 735 SOUTH SHOOP AVENUE
 WAUSEON, OH 43567
419-330-2669 opción 2

HORARIO DE OFICINA: lunes – miércoles 8:00 AM - 5:00 PM
 jueves – viernes 8:00 AM – 4:30 PM

SOLICITUD PARA HCAP / PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente:		Fecha:	
Nombre del garante:		Número de Contacto:	
Dirección:		Email:	
Ciudad / Estado / Código:		Condado:	

¿Era Ud. Un **recipiente activo de Medicaid** por la fecha de su servicio?
 Si contestó que **SÍ**, escriba su "**Medicaid recipient ID number**" _____

Sí No

¿Tuvo Ud. seguro médico (además de Medicaid) en la fecha de su servicio del hospital?
 Si la respuesta es **Sí**: *Compañía de Seguro* : _____ *Asegurado*: _____ *Número de Póliza*: _____

Sí No

1. Por favor, provea la información siguiente para todas las personas en su familia inmediata que viven en la casa con Ud. Para HCAP, la familia se define como el paciente, su cónyuge, y todos los hijos del paciente que tienen menos de 18 años (niños biológicos o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente tiene menos de 18 años, la familia inmediata incluirá el paciente, sus padres biológicos o adoptivos, y los hijos de los padres (biológicos o adoptivos) que tienen menos de 18 años que viven en la casa del paciente.

Nombre	Edad	Parentesco

Total de personas en la familia:			
2. Total de los ingresos BRUTOS de la familia de los 3 meses antes de la fecha de servicio:	\$	\$	\$ TOTAL: \$
3. Total de los ingresos BRUTOS de la familia de los 12 meses antes de la fecha de servicio:	\$	hasta	\$ Ingreso TOTAL: \$
4. Ingresos brutos actuales de la familia de ----->	Semana: \$	Mes: \$	Anual: \$

Obligatorio:
Si Ud. Indica un ingreso de \$0, por favor provea una explicación breve de cómo Ud. (el paciente) está sobreviviendo financieramente.

Con mi siguiente firma, yo certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los adjuntos es la verdad.

X _____ Fecha: _____

(Firma del solicitante)