

Gracias por escoger el Centro de Salud del Condado Fulton (FCHC Medical Care, LLC) por sus necesidades de asistencia médica.

Incluida hay una solicitud por ayuda financiera por servicios proveídos en el Centro de Salud del Condado Fulton. **Los otros proveedores que desempeñan servicios en el Centro de Salud del Condado Fulton, 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 Cuidado de heridas (Dr Nazzal).

Favor de estar consciente que los Consejero(s) Financiero(s) pueden pedir la siguiente información para procesar su solicitud financiera para darle el mejor beneficio.

Obligatorio por procesamiento:

- Se tienen que contestar TODAS las preguntas
- Enumerar todos los miembros de familia, las edades, y la relación al paciente que viven en la casa
- Se tienen que completar todas las líneas de INGRESOS (incluir 3 meses/12 meses)
- SI se declara CERO INGRESOS, Ud. TIENE QUE incluir una declaración de cómo sobrevive financieramente
- La solicitud tiene que tener **FIRMA y FECHA**

Pedido adicional: (se puede solicitar por más programas financieros)

- Solicitó Medicaid – Si spenddown mensual, escribir la cantidad \$ _____
- Copias de ingresos actuales y los impuestos de años anteriores
- Adjuntar copias actuales de todas cuentas médicas (Médicas, Prescripciones, Dental y Visión)
- Deuda a Ingresos

Su respuesta rápida en completar y devolver la solicitud financiera ayudará a evitar facturaciones futuras y/o actividad de recobro de impagos potencial.

Favor de llamar la Oficina de Consejos Financieros con cualquier pregunta, para hacer cita o por ayuda en completar su solicitud. Estamos disponibles los lunes – miércoles (8am a 5pm), jueves & viernes (8am – 4:30pm) por ponerse en contacto con nosotros en **419-330-2669 (opción #7)**.

Puede enviar su solicitud completada a FCHC por: fax- 419-330-2686, correo electrónico – cashiers@fulhealth.org o correo a:

FCHC Medical Care, LLC
Attn: Financial Counseling
735 South Shoop Avenue
Wauseon, Ohio 43567

Efectivo 1/25/17

2016 Guías de ingresos

Miembros de familia	HCAP	Charity
1	11,880	23,760
2	16,020	32,040
3	20,160	40,320
4	24,300	48,600
5	28,440	56,880
6	32,580	65,160
7	36,730	73,460
8	40,890	81,780

2017 Guías de ingresos

Miembros de familia	HCAP	Charity
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 1/25/2016 – 1/25/2017

Añadir \$4,160 por cada persona adicional si la unidad de familia tiene más de ocho miembros.

Fecha de servicio 1/25/2017 – presente

Añadir \$4,180 por cada persona adicional si la unidad de familia tiene más de ocho miembros.

FCHC Medical Care, LLC
ATTN: FINANCIAL COUNSELING
735 SOUTH SHOOP AVENUE
WAUSEON, OH 43567
419-330-2669

HORARIO DE OFICINA: lunes-miércoles 8:00 A.M. – 5:00 P.M.
 jueves – viernes 8:00 A.M. – 4:30 P.M.

SOLICITUD POR HCAP / PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA

Nombre de paciente:		Fecha:					
Nombre de garante:		# de teléfono:					
Domicilio:		# de contacto:					
Ciudad / Estado / Código:		Dirección de email:					
¿Era Ud. un recipiente activo de Asistencia de Discapacidades por la fecha de su servicio? <i>Si contestó Sí, favor de adjuntar una copia de su tarjeta de DA a esta solicitud.</i>			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center">Sí</td> <td align="center">No</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Sí	No		
Sí	No						
¿Era Ud. un recipiente activo de Medicaid por la fecha de su servicio del hospital? <i>Si Sí: escribir el número de carnet de identidad de recipiente de Medicaid</i>							
¿Tenía seguro médico (además de Medicaid) por la fecha de su servicio? <i>Si Sí, Nombre de seguro:_____ Asegurado:_____ # de Póliza_____</i>							
1. Favor de proveer la siguiente información por todas las personas en su familia inmediata que viven en su casa. Por propósitos de HCAP, la familia se define como el paciente, el/la esposo/a del paciente, y todos los hijos del paciente con menos de 18 años (natural o adoptivo) que viven en la casa del paciente. Si el paciente tiene menos de 18 años, la familia incluirá el paciente, el/los padre(s) natural o adoptivo del paciente, y los hijos de los padres con menos de 18 años (natural o adoptivo) que viven en la casa del paciente.							
Nombre	# de Seguro Social	Edad	Relación al paciente				
			Total de personas en familia				
2. Total de ingresos BRUTOS por los 3 meses anteriores (obligatorio):	\$	\$	\$				
3. Total de ingresos BRUTOS por los 12 meses anteriores (obligatorio):			Ingreso TOTAL: \$				
4. Ingreso bruto actual de familia por _____→	Semana: \$	Mes: \$	Año: \$				
Obligatorio: Si Ud. indica un ingreso de \$0, favor de proveer una explicación breve de cómo Ud. o el paciente sobrevive financieramente.							
Con mi siguiente firma, yo certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los adjuntos es correcto.							
X _____		Fecha: _____					
(Firma de solicitante)							

HCAP _____ Financial Assistance _____ Date received _____ por _____

Por uso solamente de oficina

Nombre de paciente: _____

Visitas:

# de Cuenta	Fecha de servicio	# de Cuenta	Fecha de servicio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Favor de devolver esta solicitud a:

FCHC Medical Care, LLC
ATTN: Financial Counseling
735 S SHOOP AVE
WAUSEON, OH 43567
419-330-2669
Fax: 419-330-2686
cashiers@fulhealth.org

HORARIO DE OFICINA:

lunes-miércoles 8:00 A.M. – 5:00 P.M.
jueves – viernes 8:00 A.M. – 4:30 P.M.