



Gracias por escoger el Centro de Salud del Condado Fulton (Fulton County Health Center) 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:

Fulton County Health Center
Attn: Financial Counseling
735 South Shoop Avenue
Wauseon, Ohio 43567

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>			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):	\$	\$	\$	TOTAL: \$
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:

FULTON COUNTY HEALTH CENTER
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.