



## Fulton County Health Center

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

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).**

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

parentesco al paciente

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

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/está 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

¿Tiene una cuenta de ahorros para gastos medicos (*HSA*) o de gastos flexible (*FSA*) ? Nos debe proveer el estado más reciente que muestra el saldo disponible.

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 impagos.

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](mailto:cashiers@fulhealth.org)

Fax: 419-330-2686

Fulton County Health Center

Attn: Financial Counseling

725 South Shoop Avenue

Wauseon, Ohio 43567

| Miembros de la fami | 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  |

| Miembros de la fami | HCAP   | Caridad |
|---------------------|--------|---------|
| 1                   | 12,490 | 24,980  |
| 2                   | 16,910 | 33,820  |
| 3                   | 21,330 | 42,660  |
| 4                   | 25,750 | 51,500  |
| 5                   | 30,170 | 60,340  |
| 6                   | 34,590 | 69,180  |
| 7                   | 39,010 | 78,020  |
| 8                   | 43,430 | 86,860  |

Fecha de servicio 13/1/2018 – 12/1/2019  
 Añada \$4,320 por cada persona adicional  
 si la unidad de familia tiene más de 8 miembros.

Fecha de servicio 11/1/2019 – Presente  
 Añada \$4,420 por cada persona adicional  
 si la unidad de familia tiene más de 8 miembros.

FULTON COUNTY HEALTH CENTER  
 CASHIER OFFICE  
 725 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 <b>recipiente activo de Medicaid</b> por la fecha de su servicio en el hospital?<br><i>Si contestó que Sí, escriba su "Medicaid recipient ID number" _____</i>  |             |                     | Sí _____ No _____ |
| Did you have health insurance (other than Medicaid) at the time of your service?<br><i>If Yes: Insurance Name: _____ Policy Holder: _____ Policy# _____</i>   |             |                     | Sí _____ No _____ |
| <p>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.</p> |             |                     |                   |
| <b>Nombre</b>   | <b>Edad</b> | <b>Parentesco</b>   |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
| Total de personas en la familia:  |             |                     |                   |
| 2. Total de los ingresos BRUTOS de la familia de los <b>3 meses</b> antes de la fecha de servicio:  | \$          | \$                  | \$ TOTAL: \$      |
| 3. Total de los ingresos BRUTOS de la familia de los <b>12 meses</b> antes de la fecha de servicio:   | \$          | hasta \$            | Ingreso TOTAL: \$ |
| 4. Ingresos brutos actuales de la familia de ----->   | Semana: \$  | Mes: \$             | Anual: \$         |
| <b>Obligatorio:</b><br><b>Si Ud. Indica un ingreso de \$0, por favor provea una explicación breve de cómo Ud. (el paciente) está sobreviviendo financieramente.</b>   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
|   |             |                     |                   |
| 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)   |             |                     |                   |

Patient Name: \_\_\_\_\_

**Visitas:**

| # de Cuenta | Fecha de servicio | # de Cuenta | Fecha de servicio |
|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |
| _____       | _____             | _____       | _____             |

Favor de devolver esta solicitud a:

**cashiers@fulhealth.org**

**Fax: 419-330-2686**

**HORARIO DE OFICINA:**

lunes - miercoles 8:00 am - 5:00 pm

jueves - viernes 8:00 am - 4:30 pm

Fulton County Health Center  
Cashier Office  
725 South Shoop Avenue  
Wauseon, OH 43567  
419-330-2669 Option 2

For office use only:

Acct # \_\_\_\_\_ Counselor \_\_\_ Verifier \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FCHC                      Phys                      HCAP                      Charity                      Denied