



## 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 familia			Miembros de la familia			300% FPL		400% FPL	
	HCAP	Caridad		HCAP	Caridad				
1	12,880	25,760	1	13,590	25,760	38,640	51,520		
2	17,420	34,840	2	18,310	34,840	52,260	69,680		
3	21,960	43,920	3	23,030	43,920	65,880	87,840		
4	26,500	53,000	4	27,750	53,000	79,500	106,000		
5	31,040	62,080	5	32,470	62,080	93,120	124,160		
6	35,580	71,160	6	37,190	71,160	106,740	142,320		
7	40,120	80,240	7	41,910	80,240	120,360	160,480		
8	44,660	89,320	8	46,630	89,320	133,980	178,640		

Fecha de servicio 1/2/2021 – 20/1/2022

Añada \$4,480 por cada persona adicional

si la unidad de familia tiene más de 8 miembros

Fecha de servicio 21/1/2022 – Presente

Añada \$4,540 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? <i>Si contestó que <b>Sí</b>, escriba su "Medicaid recipient ID number" _____</i>			Sí _____ No _____																																
Did you have health insurance (other than Medicaid) at the time of your service? <i>If Yes: Insurance Name: _____ Policy Holder: _____ Policy# _____</i>			Sí _____ No _____																																
Health Savings Account/Flexible Spending Account? <i>If Yes: Balance: _____</i>			Yes _____ 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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: yellow;"> <th style="width: 45%;">Nombre</th> <th style="width: 10%;">DOB</th> <th style="width: 15%;">Edad</th> <th style="width: 30%;">Parentesco</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Nombre	DOB	Edad	Parentesco																												
Nombre	DOB	Edad	Parentesco																																
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: \$ _____																																
<p>Obligatorio: <b>Si Ud. Indica un ingreso de \$0, por favor provea una explicación breve de cómo Ud. (el paciente) está sobreviviendo financieramente.</b></p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>																																			
<p>Con mi siguiente firma, yo certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los adjuntos es la verdad.</p> <p>X _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(Firma del solicitante)</p>																																			

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