

Solicitud de HCAP (Programa de Garantía de Atención Hospitalaria)
Las solicitudes incompletas serán devueltas

1. Nombre del paciente: _____ Fecha de aplicación: _____

Nombre del solicitante, si no

es paciente: _____

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas que se aplican al paciente).

2. Dirección: _____ Ciudad: _____ State: _____ Código Postal: _____

3. Teléfono: _____

Fecha(s) del servicio hospitalario: Desde _____ a _____ (Si es aplicable)

4. Número de episodio; (s) _____

5. Complete la siguiente información si corresponde:

- ¿Era usted residente de Ohio en el momento de su servicio hospitalario? Si _____ No _____
- ¿Era usted un beneficiario activo de Medicaid en el momento de su servicio hospitalario? Si _____ No _____
En caso afirmativo, número de identificación del beneficiario de Medicaid: _____
- ¿Tenía seguro médico (aparte de Medicaid) al momento de prestar servicio hospitalario? Si _____ No _____

5-6. Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. Para los propósitos de HCAP, "familia" se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

Nombre	Edad	Relación con el paciente	Ingresos brutos durante 3 meses antes del servicio hospitalario*	Ingresos brutos durante 12 meses antes del servicio hospitalario	Tipo de verificación de ingresos

7. Documentación adicional requerida:

- a. Proporcione ingresos brutos durante 3 o 12 meses antes de su fecha de servicio con la solicitud completa. La verificación de ingresos puede incluir talones de pago y / u otros documentos que contengan información de ingresos para el período de tiempo apropiado.
- b. Si tenía ingresos -0- antes de la fecha de servicio, proporcione una explicación a continuación de cómo está sobreviviendo:

Por mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es cierto.

➡ Firma del solicitante _____ Fecha _____

1. PAUTAS DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS					2. ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE HENRY				
Tamaño de la familia	Ingresos 2024	Ingresos 2023	Ingresos 2022	Ingresos 2021	Tamaño de la familia	Ingresos 2024	Ingresos 2023	Ingresos 2022	Ingresos 2021
1	15,060	14,580	13,590	12,880	1	30,120	29,160	27,180	25,760
2	20,440	19,720	18,310	17,420	2	40,880	39,440	36,620	34,840
3	25,820	24,860	23,030	21,960	3	51,640	49,720	46,060	43,920
4	31,200	30,000	27,750	26,500	4	62,400	60,000	55,500	53,000
5	36,580	35,140	32,470	31,040	5	73,160	70,280	64,940	62,080
6	41,960	40,280	37,190	35,580	6	83,920	80,560	74,380	71,160
7	47,340	45,420	41,910	40,120	7	94,680	90,840	83,820	80,240
8	52,720	50,560	46,630	44,600	8	105,440	101,120	93,260	89,200