

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: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
 (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. Documente sus ingresos brutos durante 3 o 12 meses antes de su fecha de servicio en las secciones 5 y 6 de la solicitud completa.
- b. Si tenía ingresos de -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. Afirmo que la información facilitada en esta solicitud es verdadera y exacta, y entiendo que es ilegal presentar información falsa a sabiendas con el fin de obtener beneficios gubernamentales.

 **Firma 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 2026	Ingresos 2025	Ingresos 2024	Ingresos 2023	Tamaño de la familia	Ingresos 2026	Ingresos 2025	Ingresos 2024	Ingresos 2023
1	15,960	15,650	15,060	14,580	1	31,920	31,300	30,120	29,160
2	21,640	21,150	20,440	19,720	2	43,280	42,300	40,880	39,440
3	27,320	26,650	25,820	24,860	3	54,640	53,300	51,640	49,720
4	33,000	32,150	31,200	30,000	4	66,000	64,300	62,400	60,000
5	38,680	37,650	36,580	35,140	5	77,360	75,300	73,160	70,280
6	44,360	43,150	41,960	40,280	6	88,720	86,300	83,920	80,560
7	50,040	48,650	47,340	45,420	7	100,080	97,300	94,680	90,840
8	55,720	54,150	52,720	50,560	8	111,440	108,300	105,440	101,120