



1600 East Riverview Avenue • Napoleon, Ohio 43545
419.592.4015 • www.henrycountyhospital.org

Solicitud de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP, por sus siglas en inglés)
Las solicitudes incompletas serán devueltas

1. Nombre completo del paciente: _____ Fecha de solicitud: _____
Nombre del solicitante si no es el paciente: _____

(Si el solicitante no es el paciente, sírvase contestar las siguientes preguntas como si fuera el paciente.)

2. Nombre de la calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. Teléfono _____
Fecha(s) de servicio hospitalario: De _____ a _____ (Si procede)

4. Número de episodio; (s) _____

5. Rellene la siguiente información si es aplicable:

- ¿Residía en Ohio en el momento del servicio hospitalario? Sí ____ No ____
- ¿Era un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio hospitalario? Sí ____ No ____
En caso afirmativo, número de identificación de beneficiario de Medicaid: _____
- ¿Tenía seguro médico (aparte de Medicaid) en el momento del servicio hospitalario? Sí ____ No ____

6. Provea la siguiente información para todos sus familiares cercanos que viven en su hogar. Con fines de la HCAP, los «familiares cercanos» son el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos (biológicos o adoptados) del paciente menores de 18 años que vivan en el hogar del paciente.

Nombre y apellidos	Edad	Relación con el paciente	Ingreso bruto durante los 3 meses anteriores al servicio	Ingreso bruto durante los 12 meses anteriores al servicio	Tipo de comprobación del ingreso

7. Se requiere documentación adicional:

- a. Provea comprobantes del ingreso bruto durante los 3 y los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha del servicio con la solicitud completa. Los comprobantes del ingreso pueden incluir talones de pago u otros documentos con información sobre los ingresos para el periodo de tiempo pertinente.
- b. Si su ingreso era 0 antes de la fecha del servicio, explique cómo sobrevive:

Al firmar abajo, certifico que todo lo declarado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es verdadero.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

1. DIRECTRICES DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS					2. AYUDA ECONÓMICA DEL HENRY COUNTY HOSPITAL				
Tamaño familiar	Ingresos 2022	Ingresos 2021	Ingresos 2020	Ingresos 2019	Tamaño familiar	Ingresos 2022	Ingresos 2021	Ingresos 2020	Ingresos 2019
1	13,590	12,880	12,760	12,490	1	27,180	25,760	25,520	37,470
2	18,310	17,420	17,240	16,910	2	36,620	34,840	34,480	50,730
3	23,030	21,960	21,720	21,330	3	46,060	43,920	43,440	63,990
4	27,750	26,500	26,200	25,750	4	55,500	53,000	52,400	77,250
5	32,470	31,040	30,680	30,170	5	64,940	62,080	61,360	90,510
6	37,190	35,580	35,160	34,590	6	74,380	71,160	70,320	103,770
7	41,910	40,120	39,640	39,010	7	83,820	80,240	79,280	117,030
8	46,630	44,600	44,120	43,430	8	93,260	89,200	88,240	130,290



1600 East Riverview Avenue • Napoleon, Ohio 43545
419.592.4015 • www.henrycountyhospital.org