

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

HCAP and Financial Assistance Program Application

Place Registration Sticker Here

Nombre del paciente:	Nombre del responsable:
Domicilio:	Número telefónico:

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1. ¿Vivia el paciente en el estado de Ohio cuándo recibió los servicios? | Si _____ No _____ | |
| 2. ¿Era el paciente ciudadano de los Estados Unidos cuando recibió los servicios? | Si _____ No _____ | |
| 3. ¿Tenía seguro médico al momento de recibir los servicios? | Si _____ No _____ | |
| 4. ¿Tenía Medicaid el paciente al momento de recibir los servicios? | Si _____ No _____ | |
| 5. ¿Era el paciente recipiente activo de Asistencia por Incapacidad cuando recibió los servicios? | Si _____ No _____ | |

Si contestó sí a cualquiera de las preguntas de la 3 a la 5 por favor de incluya una copia de su tarjeta de seguro con esta solicitud.

**El ingreso incluye el salario total, antes de la deducción de impuestos, ingreso por arrendamiento, compensación por desempleo, beneficios de seguro social, asistencia pública, etc.
Los miembros de familia incluye los que listados abajo, sin importa donde viven.**

Nombre de los Miembro de Familia	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Origen de Ingreso o Nombre del Empleador	El ingreso total en bruto de los previos tres meses	El ingreso total en bruto de los previos doce meses
			Patient			
			Mother			
			Father			

Por favor marque la forma de su prueba de ingresos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia de las contribuciones | <input type="checkbox"/> Todas las copias de W-2 del hogar |
| <input type="checkbox"/> Copias de talonarios de cheques | <input type="checkbox"/> Imposible de proveer |

La persona suscrita certifica que todo lo declarado en ésta solicitud y anexos son datos verídicos.

Devuelva ésta solicitud con los documentos requeridos a:

**Nationwide Children's Hospital
Patient Accounts – F.A. Dept
700 Children's Drive
Columbus, OH 43205
614-722-2055
Fax: 614-355-2266**

Si declara \$0 ingresos, por favor explique brevemente cómo se mantiene financieramente:

La Firma Del Solicitante

Fecha

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA

HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM (HCAP)

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA
** Vea la solicitud al reverso de la página

Llame al 614-722-2055

HCAP es la versión del estado de Ohio del Programa de Hospital que Comparte la Desproporción Económica. El programa ofrece ayuda a personas que sus ingresos están al 100% del nivel de pobreza o inferiores y que no califican para el programa de Medicaid. Este programa es solo para las cuentas de hospital. Todos los seguros o terceras personas responsables deben facturarse antes de solicitar HCAP. Esta ayuda es solamente para la porción que es responsabilidad del paciente.

Requisitos:

Estar en nivel o inferior del nivel federal de pobreza
No calificar para Medicaid
Ser residente del estado de Ohio

FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

** Vea la solicitud al reverso de la página

Llame al 614-722-2055

El Hospital Nationwide Children's espera que sus pacientes hagan uso de todos los recursos disponibles, incluyendo solicitar asistencia aplicar Job and Family Services o sea Servicios Laborales y Familiares, antes de que la asistencia financiera sea considerada. La elegibilidad para asistencia se basa en el ingreso total, bienes personales y número de miembros en la familia. Los casos poco comunes o extraordinarios serán también considerados.

HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES

COMIENZO SALUDABLE Y FAMILIAS SANAS

Llame al 614-722-9133 o al 1-888-851-7590

El programa Healthy Start ofrece a niños hasta los 19 años y mujeres embarazadas con ingresos económicos limitados, acceso a seguro de bajo costo o gratuito. El programa Healthy Families es una opción, para que todas las familias tengan acceso a seguro médico gratuito. El programa Healthy Start ha sido diseñado para ayudar para que las familias trabajadoras continúen trabajando.

Requisitos:

Para Healthy Start, la familia del niño debe contar con ingresos económicos igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL).
Para Healthy Start for Pregnant Women, las mujeres embarazadas deben contar con ingresos económicos igual o inferior al 150% del Nivel Federal de Pobreza. Para Healthy Families, la familia debe contar con ingresos económicos igual o inferior al 100% del Nivel Federal de Pobreza.

PAYMENT ARRANGEMENTS

PARA ARREGLO DE PAGOS

Llame al 614-722-2055

Si no le es posible pagar su cuenta en su totalidad, favor de llamar el Departamento de Cuentas de Nationwide Children's Hospital para hacer arreglos de pagos.

Numero de Miembros de Familia	Ingresos 100% FPL	Ingresos 150% FPL	Ingresos 200% FPL	Ingresos 300% FPL	Ingresos 400% FPL
1	\$11,490	\$17,235	\$22,980	\$34,470	\$45,960
2	\$15,510	\$23,265	\$31,020	\$46,530	\$62,040
3	\$19,530	\$29,295	\$39,060	\$58,590	\$78,120
4	\$23,550	\$35,325	\$47,100	\$70,650	\$94,200
5	\$27,570	\$41,355	\$54,140	\$82,710	\$110,280
6	\$31,590	\$47,385	\$63,180	\$94,770	\$126,360
7	\$35,610	\$53,415	\$71,220	\$106,830	\$142,440
8	\$39,630	\$59,445	\$79,260	\$118,890	\$158,520
Por cada, persona adicional, agregue	\$4,020	\$6,030	\$8,040	\$12,060	\$16,080

PAUTAS FEDERALES DE POBREZA PARA EL 2013