



Trinity Hospital Twin City (THTC) Solicitud de asistencia financiera (FAA)

Datos demográficos del paciente

Nombre del paciente: apellido, primer nombre, segundo nombre	N.º de Seguro Social (en caso de que esté disponible)	Fecha de nacimiento	N.º de cuenta Lugar del servicio
Nombre del garante: apellido, primer nombre, segundo nombre	N.º de Seguro Social (en caso de que esté disponible)	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Dirección del paciente/garante	Condado de residencia	N.º de teléfono residencial	N.º de teléfono alternativo
Ciudad	Estado	Código postal	¿Es propietario de vivienda? Sí No
¿Ha solicitado Medicaid, o cualquier otra asistencia estatal o del condado? (Encierre en un círculo) Sí No			
Si su respuesta es Sí, indique lo siguiente:			
Fecha de solicitud:		Estado de la solicitud:	
Nombre del trabajador del caso:		Número de teléfono del trabajador del caso:	

Información familiar

Estado civil:	Casado/a	Soltero/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a
Nombres de los dependientes					
			Relación		

Empleo/Ingresos y gastos familiares

Nombre del empleador del paciente/garante	Ingresos mensuales brutos: \$	Brinde verificación
Si los ingresos son \$0, explique el motivo.		Brinde documentación
Nombre del empleador del cónyuge	Ingresos mensuales brutos: \$	Brinde verificación
Si los ingresos son \$0, explique el motivo.		Brinde documentación
Otra fuente de ingresos:	Ingresos mensuales brutos: \$	Brinde verificación
LOS GASTOS NO SON NECESARIOS PARA LAS SOLICITUDES DEL CUERPO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD		
Gastos mensuales familiares	Gastos mensuales totales: \$	

IMPORTANTE: A fin de calificar para recibir asistencia, puede ser necesario al menos un documento de respaldo que verifique los ingresos familiares. La documentación de respaldo puede incluir, entre otros, la declaración de impuestos anual más reciente, un formulario W-2 actual, 1 mes de recibos de sueldo actuales, una carta de respaldo firmada, etc.



Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria de Ohio (Hospital Care Assurance Program, HCAP): De acuerdo con OAC 5160-2-07.17, THTC proporciona, sin cargo alguno para el individuo, servicios básicos de nivel hospitalario necesarios médicamente, a los individuos que son residentes de Ohio, que no son destinatarios de Medicaid, y cuyos ingresos se encuentran dentro de la línea de pobreza federal o por debajo de ésta. Los servicios cubiertos son servicios en el hospital o ambulatorios cubiertos bajo el Programa Medicaid de Ohio, con excepción de los servicios de trasplante y servicios relacionados con trasplantes. Estos servicios cubiertos los debe solicitar un médico autorizado de Ohio y los debe prestar un hospital donde el médico tenga privilegios clínicos, y donde se autorice que dichos servicios sean prestados por el hospital bajo su certificado de autoridad otorgado en los Capítulos 3711, 3727 y/o 5119 del Código Revisado de Ohio. Los destinatarios de la Asistencia financiera por discapacidad califican para la asistencia. La residencia en Ohio la establece la persona que vive en Ohio voluntariamente y que no recibe asistencia pública en otro estado. Las solicitudes para la asistencia financiera para los residentes de Ohio son procesadas en primer lugar para HCAP, y luego están sujetas a las disposiciones de esta política. Las siguientes preguntas pertenecen a la elegibilidad de acuerdo con HCAP.

1. ¿Era usted un residente de Ohio al momento de su servicio hospitalario: Sí____ No____
2. ¿Era usted un destinatario activo de Medicaid al momento de su servicio hospitalario? Sí____ No____
Si la respuesta es sí, número de identidad de destinatario de Medicaid: _____
3. ¿Era usted un destinatario activo de la Asistencia por discapacidad al momento de su servicio hospitalario?
Sí____ No____
(Si usted respondió Sí a esta pregunta, adjunte una copia a esta solicitud de su tarjeta DA vigente durante su servicio hospitalario).
4. ¿Tenía usted seguro médico (que no sea Medicaid) al momento de su servicio hospitalario? Sí____ No____

Si los servicios no están cubiertos por HCAP, conforme a lo dispuesto por THTC, la atención de emergencia y/o médicamente necesaria se considerará dentro del marco de la política de asistencia financiera de THTC.

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR Y FECHAR LA SOLICITUD

Recuerde que su firma indica que está de acuerdo con adjuntar la verificación de ingresos.

- Certifico que la información que proporcioné es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
- Solicitaré, de manera independiente o con asistencia del personal del hospital, TODAS y CADA UNA de las asistencias que pueda tener a mi disposición a través del gobierno federal, estatal y local, y de fuentes privadas para que me ayuden a pagar esta factura de atención médica.
- Comprendo que si no coopero con mi proveedor de atención médica brindando la información solicitada, mi solicitud de posible asistencia financiera podría ser rechazada.
- Comprendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte de mi proveedor de atención médica (incluidas agencias de informe de crédito) y a revisión por parte de agencias federales y/o estatales, y otras agencias, según sea necesario.
- Comprendo que se me puede solicitar información adicional a fin de calificar para recibir asistencia.

Firma (Solicitante/Garante)	Fecha
------------------------------------	--------------



Enviar la solicitud y los documentos completos a la siguiente dirección:

Trinity Hospital Twin City
 Attn: Financial Counselor
 819 N First Street
 Dennison, Ohio 44621

Teléfono: (844) 428-7500

Fax: (740) 922-7414

Solo para uso de la oficina

Motivo de la visita:	% del nivel de pobreza federal
Cargos totales: \$	Ajuste total: \$

Documentos de verificación:

SÍ

NO

Identificación/Dirección: licencia de conducir, identificación con foto u otra		
Cant. de miembros de la familia/Ingresos: declaración de impuestos, recibos de sueldo u otro		

Aprobación(es):

Nombre (en letra de imprenta)	Nombre (firma)	Cargo	Fecha

Comentarios: _____





Información de contacto:

Centro de Caridad Centralizada
Frisco Assistance Center
P.O. Box 660872
Dallas, TX 75266-0872
1-800-514-4637

Estado	Hospital	Número de teléfono de contacto	Dirección postal o física (envíe su solicitud de asistencia financiera)
Iowa	Mercy Des Moines	515-247-4199	1055 6th Ave. Des Moines, IA 50314
Iowa	Mercy West Lakes	515-247-4199	1055 6th Ave. Des Moines, IA 50314
Iowa	Mercy Centerville	515-247-4199	1055 6th Ave. Des Moines, IA 50314
Iowa	SKIFF Medical Center	641-787-5435 y 888-474-1083	204 N. 4th Ave. E Newton, IA 50208
Kentucky	Jewish Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center East	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center Northeast	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center Southwest	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center South	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Jewish Hospital Shelbyville	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Our Lady of Peace	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saints Mary and Elizabeth Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Frazier Rehab Institute	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Southern Indiana Rehab	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202



Kentucky	Saint Joseph Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph East	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Jessamine	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph London	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Martin	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Berea	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Continuing Care Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Flaget Memorial Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	University of Louisville Hospital	502-562-4943	Attn: Admissions Department 530 South Jackson Street Louisville, KY 40202
Kentucky	St. Joseph Hospital Kentucky One	855-715-4379	Sin dirección
Kentucky	Saint Joseph Mount Sterling	859-497-5130/859-497-5157	PO BOX 7 Mt Sterling, KY 40353
Nebraska	CHI Health Saint Elizabeth	402-219-8868	555 S 70th Street Lincoln NE 68510
Nebraska	CHI Health Saint Francis	308-398-5475	2620 W Faidley Avenue Grand Island NE 68003
Nebraska	CHI Health Good Samaritan	308-865-7179	10 East 31st Street Kearney NE 68847
Nebraska	CHI Health Saint Mary's	402-874-5218	1301 Grundman Blvd Nebraska City NE 68410
Nebraska	CHI Health Nebraska Heart	402-328-3792	7440 S 91st Street Lincoln NE 68526
Nebraska	Bergan Mercy	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Immanuel Medical Center	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Mercy Council Bluffs	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Midlands	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Lakeside	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164



Nebraska	Lasting Hope Recovery Center	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Community Memorial	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Mercy Corning	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Memorial Hospital Schuyler	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Oregón	Mercy Medical (Roseburg, OR) Todas las cuentas que se trabajan en Mercy Medical fuera de Meditech	541 677-2217	Mercy Medical Center-MECS 2700 NW Stewart Parkway Roseburg, OR 97471
Oregón	St Anthony Hospital (Pendleton, OR) Todas las cuentas que se trabajan fuera de Meditech	541 278-3244	St. Anthony Hospital-MECS 2801 St. Anthony Way Pendleton, OR 97801
Texas	CHI St Luke's Health Memorial Lufkin	936-639-7011 o 936-639-7829	1201 W Frank Lufkin TX 75904
Texas	CHI St Luke's Health Memorial Livingston	936-639-7011 o 936-639-7829	1717 59 Bypass Livingston TX 77351
Texas	CHI St Luke's Health Memorial San Augustine	936-639-7011 o 936-639-7829	511 E Hospital St San Augustine TX 75972
Texas	CHI ST Luke's Health Memorial Specialty	936-639-7011 o 936-639-7829	1201 Frank Ave Ste D5 Lufkin TX 75904
Texas	Frisco Assistance Center (Caridad centralizada)	800-374-4637	Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872
Texas	St. Joseph Regional Health Center	979-776-3777	2801 Franciscan Drive Bryan, TX 77802
Washington	St Clare	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma WA 98401-2197



Washington	St Joseph	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Elizabeth	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	Highline	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	Harrison	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Francis	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Anthony	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Elizabeth	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197