

Blanchard Valley Hospital and Bluffton Hospital

1900 S. Main St., Findlay, Ohio 45840

139 Garau St., Bluffton, Ohio 45817

Solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application)

(Costos de hospital solamente)(Hospital Charges Only))

**PARA EVITAR CUALQUIER RETRASO llene todas las secciones de este formulario (TO
AVOID ANY DELAYS please complete all sections below)**

Sección I • Identificación del paciente (Section I • Patient Identification)

NOMBRE DEL PACIENTE (PATIENT): _____ Cuenta (Account): _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL PACIENTE (APPLICANT NAME, IF NOT PATIENT) _____

****Si el solicitante no es el paciente, sírvase responder las preguntas siguientes en referencia al paciente. (If the applicant is not the patient, please answer the following questions as they apply to the patient).*

CALLE (STREET): _____ CIUDAD (CITY): _____

ESTADO (STATE): _____ CÓDIGO POSTAL (ZIP): _____ TELEFONO (PHONE): _____ SS#: _____

FECHA(S) DEL SERVICIO HOSPITALARIO (DATE(S) OF HOSPITAL SERVICE): DEL (From) _____ AL (To) _____

- ¿El servicio prestado estuvo relacionado con un siniestro de accidente automovilístico, de lesión laboral, o de responsabilidad de terceros? (Was this Service related to an auto accident, work injury or third party liability claim? Yes ___ No ___
En caso afirmativo, especifique cuál (If yes, which one?) _____
- ¿Se espera que haya representación con abogados o un arreglo (Is there any attorney representation or settlement expected? Yes ___ No ___
- ¿Era residente de Ohio cuando se le prestó el servicio hospitalario? (Were you an Ohio resident at the time of your hospital service? Yes ___ No ___
¿Era beneficiario activo de Medicaid cuando se le prestó el servicio hospitalario? (Were you an active Medicaid recipient at the time of hospital service? Yes ___ No ___
If yes, Medicaid recipient ID number: _____
- ¿Estaba recibiendo Asistencia por incapacidad cuando le prestaron el servicio hospitalario (Were you an active recipient of Disability Assistance at the time of hospital service? Yes ___ No ___
(If you answered yes to this question, please attach a copy of your DA card effective during your hospital service to this application.)
- Did you have health insurance (other than Medicaid) at the time of hospital service? Yes ___ No ___

Section II • Income Verification

MONTHS WORKED: (Circle the month(s) below that you worked for each given year.)

LAST YEAR Patient: J F M A M J J A S O N D
Spouse: J F M A M J J A S O N D

CURRENT YEAR Patient: J F M A M J J A S O N D
Spouse: J F M A M J J A S O N D

Please provide the following information for ALL of the people in IMMEDIATE FAMILY who live in your home. (Refer to guidelines on back of the page for definition of family.)

*NOTE
1.

Para comprobar la elegibilidad a HCAP, sírvase ver las directivas escritas al reverso de este formulario. (To check for HCAP eligibility, please see the guidelines on the back of this form.) Los documentos de verificación de ingresos no son necesarios para tener derecho al programa HCAP. (Income verification documents are not required to qualify for HCAP program.) Sin embargo, si desea que se le tome en cuenta para el programa de asistencia caritativa del hospital, entonces los documentos de verificación de ingresos sí son OBLIGATORIOS. (However, if you wish to be considered for the hospital based charity assistance program, then income verification documents are MANDATORY.)

2. Los documentos de verificación de ingresos son los recibos de pago, el W-2, la declaración de impuestos sobre la renta u otros documentos que contengan información del período pertinente (3 o 12 meses antes del servicio hospitalario).

Nombre (Name)	Edad/age	Relación con el paciente (Relationship to patient)	Ingreso en los 3 meses previos al servicio hospitalario* (Income for 3 months prior to hospital service*)	Ingreso en los 12 meses previos al servicio hospitalario* (Income for 12 months prior to hospital service*)
Total de personas en la familia (Total persons in the family)		Total de ingresos de la familia (Total family income)		

Si respondió que su ingreso es Cero, sírvase dar una breve explicación de cómo se mantiene usted: (If you reported your income as Zero, please provide a brief explanation of how you are being supported)

DIRECTIVA FEDERAL APLICABLE SOBRE INGRESOS(APPLICABLE FEDERAL INCOME GUIDELINES)	
PROGRAMA DE GARANTÍA DE CUIDADO MÉDICO (HEALTH CARE ASSURANCE PROGRAM) 2016	
TAMAÑO DE LA FAMILIA (FAMILY SIZE)	DIRECTIVA SOBRE INGRESOS (INCOME GUIDELINES)
1	\$11,880
2	\$16,020
3	\$20,160
4	\$24,300
5	\$28,440
6	\$32,580
7	\$36,730
8	\$40,890

Para los grupos familiares que tengan más de 8 miembros, añada \$4160 por cada miembro adicional de la familia. (For family units with more than 8 members, add \$4160 for each additional family member.)

La familia se define como los padres, el/la cónyuge y todos los hijos, naturales o adoptados, menores de 18 años de edad que residen en la misma casa.

(The family is defined as parent(s), spouse and all children natural or adoptive, under the age of eighteen who reside in household.)

Si usted es elegible para este programa, sírvase llenar el formulario que se encuentra al reverso. (If you are eligible for this program, please fill out the form on the back of this page.)

1) Llévelo en persona a la oficina del cajero ubicada en el Center for Diagnostic Studies. Return in person to the cashier's office located in the Center for Diagnostic Studies.)

Or

2) Mail a (mail to)

Blanchard Valley Hospital
Attn: Financial Assistance
1900 South Main Street
Findlay, Oh 45840

Sujeto a aumentos, disminuciones o interrupciones gubernamentales reglamentadas. (Subject to government regulated increases, decreases or discontinuation.) Vigente desde el 01/22/2015 (Effective 01/25/2016)

Sección III • Consentimiento (Section III • Consent)

Por este medio presento la declaración anterior con el fin de permitir que Blanchard Valley Hospital evalúe mi estado financiero y determine mi elegibilidad para diversos programas de asistencia financiera, y autorizo asimismo a BVHS para que verifique esta información si es necesario, lo cual puede incluir un informe de la agencia de informes crediticios, una verificación de empleo y/o ingresos, y cualquier documento que sirva de respaldo. (I hereby submit the above statement for the purpose of allowing Blanchard Valley Hospital to evaluate my financial status and determine my eligibility for various financial assistance programs, and do hereby authorize BVHS to verify this information as necessary, which may include a credit bureau report, employment and/or income verification, and appropriate supporting documents.)

Doy fe de que la información anterior y toda la documentación proporcionada son completas y exactas tal como se presentan. (I attest that the above information and all documentation provided are completed and accurate as shown.) Comprendo que si, en cualquier momento, alguna de esta información resulta ser falsa, todas las subvenciones concedidas de atención gratuita serán revocadas y aceptaré la responsabilidad por el pago completo e inmediato de todos y cada uno de los saldos pendientes. (I realize that should, at any time, any of this information prove to be false, all free care grants awarded will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances.)

Además, comprendo que cualquier dinero recibido para mí por una compañía de seguros o Indemnización de responsabilidad de terceros, debido a servicios realizados para las fechas específicas de servicio cubiertas por esta solicitud, podría dar como resultado que la Concesión de asistencia financiera fuera revocada y aceptaré la responsabilidad por el pago completo e inmediato de todos y cada uno de los saldos pendientes. (In addition, I realize that any money received to me by an insurance company or Third Party Liability Award, due to services performed for the specific dates of service covered by this application, could result in the Financial Assistance Award being reversed and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances.)

Al solicitar Asistencia financiera, acepto también la responsabilidad del pago de cualquier suma adeudada por mí como resultado de cualquier subvención parcial de Atención gratuita, que pueda otorgarse. (By applying for Financial Assistance, I also agree to accept payment responsibility for any amount due from me as a result of any partial Free Care grant, which may be awarded.)



Paciente/ Firma del fiador (Patient/ Guarantor Signature)

Fecha (Date)

* Si tiene otras preguntas, sírvase llamar a nuestras oficinas al 419-423-5310. De lunes a viernes de 8:00 a 4:30pm. (* If you have any further questions, please call our office at 419-423-5310 Monday - Friday, 8:00-4:30pm.)