



**SOLICITUD DE ASISTENCIA**

Application for Financial Assistance

Fecha: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ ) (Letra inicial del Segundo Nombre),

Estado Matrimonial:  Soltero/a (Primer Nombre) \_\_\_\_\_  Viudo/a

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  Separado/a  Divorciado/a \_ Ap.t. C6digo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: Casa: ( \_\_\_\_\_  Casado/a # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ )  
Numero de Celular: ( \_\_\_\_\_ )

Estado de Empleo:  Empleado/a  Trabajador/a independiente  Estado: \_\_\_\_\_ Desempleado/a  Jubilado/a  
 Incapacitado/a

Si empleado, Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha cuando fue contratado: \_\_\_\_\_

£ Si desempleado/a: por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Estado de Empleo del/la Conyuge:  Empleado/a  Trabajador/a independiente  Desempleado/a  Jubilado/a  incapacitado/a

Si empleado, Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha cuando fue contratado: \_\_\_\_\_

£ Si desempleado: por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

FECHA(S) DE ASISTENCIAS: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

^ Usted era residente de Ohio ai momento de su asistencia del hospital?  Si  No

i Usted era destinatario activo de Medicaid al momento de su asistencia mēdica en el hospital?  Si  No

**Si fue, Numero de Medicaid del Destinatario:** \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

£ listed era destinatario activo/a de Asistencia de Incapacidad ai momento de su asistencia del hospital?  Si  No **Si fue, por favor proporcione una copia desu tarjeta de DA**

i Usted tenia seguro medico (aparte del Medicaid) al momento de su asistencia del hospital?  Si  No

**Evaluacion de activos: £ Posee usted o tiene alguna de las siguientes?**

Casa DSi  No Prestamo hipotecario  Si  No El vaioir en efectivo de seguro de vida  Si  No Si tiene una, valor \$ \_\_\_\_\_

Cuenta de chequera?  Si  No Si tiene una: \$ \_\_\_\_\_ Cuenta de ahorros  Si  No Si tiene una: \$ \_\_\_\_\_

Poseer un vehiculo?  Si  No Si tiene una, marca modelo ano: \_\_\_\_\_

Para cualquier acciones, bonos, Fondos Mutuos" CD", propiedades de alquiler, vehfcuios recreativos?  Si  No Si tiene una <j, cuai y el valor: \_\_\_\_\_

**Ingreso Neto Anual** (Total de ingreso de ambos el suyo y el de su esposa, Incluyendo sustento a) nifio): \$ \_\_\_\_\_

Para el proposito de esta soiicitud, "familia" es definida como el paciente, esposo/a del paciente, y todo niflo menor de 18 arios (Natural y adoptivo).

	Nombre y Edad de ios Miembros en familia en el Hogar Nombre edad	Parentesco al paciente	* Ingreso Neto de 3 meses antes del servicio del hospital	Ingreso Neto Para 12 meses antes de servicio del hospital	*Tipo de Prueba de Ingreso proporcionados
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\*Por favor adhiera con esta soiicitud verificacidsn de sus ingresos. Verification de ingreso debe de inciuir el recobro de los Ingreso de ios impuestos, talon de! cheque, W-2's, documentos de sustento al nino, beneficios de Seguro Social u otros documentos conteniendo information por el periodo de tiempo. Si usted reporta \$0 ingreso usted tendra que proporcionar una carta explicacion brevemente en la parte de atras de este formulario quien lo/a esta manteniendo.

**Por mi firma proporcionada, Yo certifico que todo io que yo he proporcionado en esta soiicitud es corrects en lo mejor de mi conocimiento.**

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

FTMC  MC LLC  EU  BADH  NBP Case

Management/Social Work/Community Referral

Revised: 2/14/22  
Form #FTC15-1 s

Fecha: \_\_\_\_\_