



# Solicitud de ayuda económica de Wayne Healthcare (HCAP)

Enviar en un plazo de 15 días

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio del hospital: \_\_\_\_\_ Servicio médico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Última fecha de solicitud de la ayuda de Medicaid: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Vivía en Ohio en el momento en que recibió el servicio?  Sí  No Debe vivir en Ohio

¿Tiene algún seguro médico, incluyendo Medicaid?  Sí  No Lista:

¿Recibía la ayuda por discapacidad del ODJFS Recibía ayuda cuando le prestaron el servicio en el hospital? (Adjunte una copia de la tarjeta)

Mencione al **PACIENTE Y SU FAMILIA INMEDIATA** únicamente, es decir, **CÓNYUGE E HIJOS BIOLÓGICOS O ADOPTIVOS** menores de 18 años. Si el paciente es mayor de 18 años, se considera que es un solicitante independiente con sus propios ingresos.

Nombres del paciente y sus familiares	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre de los familiares	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
(paciente)		Paciente			

**Indique los ingresos de las 13 semanas (3 meses) antes de la fecha de hospitalización o de los 12 meses antes de la fecha de los servicios del hospital:**

Salarios (combinados)	\$ _____	Agrícola o autónomo	\$ _____	Ingresos de 3 meses antes de la fecha del servicio
Manutención infantil	\$ _____	Asignación para familias de militares	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	Pensiones y beneficios para veteranos	\$ _____	
Ayuda pública	\$ _____	Compensación por desempleo	\$ _____	
Seguro social	\$ _____	Compensación de trabajadores	\$ _____	Ingresos de 12 meses antes de la fecha del servicio
Ingresos de alquiler	\$ _____	Otros; especifique	\$ _____	\$ _____
Subsidios/Inversiones	\$ _____			
Total de personas del grupo familiar	_____	Total de ingresos del grupo familiar	\$ _____	

\*Si reporta \$0.00 de ingresos, escriba una breve explicación de cómo o quién cubre sus necesidades económicas.

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que di es verdadera y está completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Exclusivo para uso del hospital

A partir del 16 de enero de 2025, usted y sus familiares pueden ser elegibles para recibir servicios gratuitos del hospital si sus ingresos fueron iguales o inferiores a las Directrices estatales de pobreza en los últimos 3 años. Solicitud válida por 30 días para servicios para pacientes ingresados O por 90 días para servicios para pacientes ambulatorios

Tamaño del grupo familiar	Directrices	Tamaño del grupo familiar	Directrices
1	\$15,650.00	5	\$37,650.00
2	\$21,150.00	6	\$43,150.00
3	\$26,650.00	7	\$48,650.00
4	\$32,150.00	8	\$54,150.00
		Con más de 8	Agregue \$5,500.00 por cada persona extra

### Wayne HealthCare

Attn: Financial Counselor  
835 Sweitzer Street  
Greenville, Ohio 45331  
Tel.: 937-547-5770 o 800-589-2963  
Fax: 937-547-5789

Tamaño del grupo familiar: \_\_\_\_\_ Ingresos durante 12 meses: \_\_\_\_\_ Rechazada: \_\_\_\_\_

HCAP aprobada: \_\_\_\_\_ Porcentaje aprobado de ayuda: \_\_\_\_\_ Se envió la carta de aprobación o denegación: Sí o No

Representante del hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Revisado el: 01/17/2025

Gracias por elegir Wayne HealthCare para sus servicios de atención médica. Ofrecemos programas de ayuda económica para cubrir las necesidades de nuestros pacientes. Hay un servicio de traducción disponible.

**ES POSIBLE QUE SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:** Completando nuestra solicitud de ayuda económica, ayudará a Wayne HealthCare a determinar si usted es elegible para recibir servicios gratuitos o con descuento. Complete la solicitud y preséntela en el hospital en persona, o envíela por correo o por fax (937-547-5789) para pedir atención gratuita o con descuento. Completando y firmando la solicitud, reconoce que, de buena fe, ha tratado de proporcionar toda la información que se pide en la solicitud para ayudar a Wayne HealthCare a determinar si es elegible para recibir ayuda económica.

No se le puede cobrar más a una persona elegible para recibir ayuda económica por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las cantidades que normalmente se facturan a las personas con cobertura de seguro. Para más información, consulte la política completa.

Programa	Disponible para	Descripción	Cómo solicitar
Ayuda económica	Pacientes con y sin seguro	Ofrece atención gratuita o con descuento según el tamaño del grupo familiar y los ingresos según las Directrices federales de pobreza <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención gratuita hasta el 100 % de las FPG</li> <li>Atención con descuento para 101 %-200 % de las FPG</li> </ul>	Complete la solicitud del Programa de ayuda económica (Financial Assistance Program)
Programa de plan de pagos	Pacientes con y sin seguro	Ayuda a los pacientes a cumplir sus obligaciones económicas estableciendo acuerdos de pagos mensuales.	Hable con un asesor económico al 937-547-5770
Descuento por pago total sin seguro	Pacientes sin seguro	Vigente a partir del 1 de enero de 2019, independientemente de la fecha del servicio. Ofrece un 25 % de descuento si paga 30 días desde que recibió la factura.	Hable con un asesor económico al 937-547-5770

Vigente a partir del 16 de enero de 2024. Usted y su familia podrían ser elegibles para recibir servicios gratuitos del hospital si sus ingresos fueron iguales o inferiores a las Directrices de pobreza en los últimos 3 años.

Tamaño del grupo familiar	Directrices
1	\$15,650.00
2	\$21,150.00
3	\$26,650.00
4	\$32,150.00
5	\$37,650.00
6	\$43,150.00
7	\$48,650.00
8	\$54,150.00

Si son más de 8 personas, agregar \$5,500.00 por cada persona extra.

Para ayudarnos a determinar si es elegible para recibir ayuda, complete, firme y ponga la fecha en la solicitud, y envíela con una declaración completada de ingresos. A las personas aprobadas para recibir ayuda económica no se les puede cobrar más que el AGB por emergencias u otra atención médicamente necesaria. **LA SOLICITUD ESTÁ ATRÁS DE LA DECLARACIÓN.**

Si reporta cero ingresos, escriba una breve explicación de cómo vive y si alguien lo ayuda. Debemos saber por cuánto tiempo ha estado desempleado y si presentó una solicitud para el programa de Medicaid o Medicare.

Envíe el formulario completado y los documentos complementarios a:

Wayne HealthCare  
 Financial Counseling  
 835 Sweitzer Street  
 Greenville, OH 45331

Le responderemos en un plazo de 15 días después de haber recibido la solicitud completada y los documentos complementarios. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros al 800-589-2963, extensión 6947, o al 937-547-5770. Nuestro número de fax es 937-547-5789. Hay más información en nuestro sitio web: [www.waynehealthcare.org](http://www.waynehealthcare.org). **Los cargos de los médicos de la sala de emergencias, los radiólogos y los anestesiólogos no forman parte del Programa de ayuda económica de Wayne Healthcare.**