Como parte de la misión de Holzer, nos dedicamos a satisfacer las necesidades de atención médica a todos los que reciben nuestros servicios de cuidado médico de alta calidad. Los pacientes que necesitan servicios de emergencia u otra atención médica necesaria pueden recibir asistencia financiera de acuerdo con nuestra Política de asistencia financiera, independientemente de su capacidad para pagar estos servicios.

Complete la Solicitud de asistencia financiera que se utiliza de acuerdo con la Política de asistencia financiera de Holzer. La información que se proporciona en la solicitud nos ayuda a determinar si los pacientes califican para varias de las formas de asistencia financiera que se ofrecen conforme al Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP). HCAP es un programa financiado por el estado y el gobierno federal que se ofrece a través del Departamento de Medicaid de Ohio.

Después de completar la solicitud, devuélvala al Departamento de Asistencia Financiera de Holzer dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que recibió los servicios o el tratamiento médico. Para poder procesar la solicitud, deberá proporcionar un comprobante de ingresos. **Junto con la solicitud, deberá aportar el comprobante de ingresos brutos totales de los tres (3) meses anteriores a la fecha en que recibió los servicios o el tratamiento médico.**

> Los ingresos brutos totales se definen como los ingresos antes de todas las deducciones y ajustes, por todos los miembros de la familia que viven en el hogar del paciente, así como todos los demás miembros declarados como dependientes en las declaraciones de impuestos del paciente. Deben incluirse los salarios, las propinas, los ingresos por discapacidad, los ingresos de la Seguridad Social, los beneficios de desempleo, los beneficios de la administración de veteranos y los ingresos definidos por el Servicio Interno de Impuestos.
>
> Los ingresos por alquiler, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, la cuenta de ahorros para la salud y la cuenta de ahorros flexible para la salud también deben declararse para determinarlos como ingresos de acuerdo con los parámetros del Programa de Asistencia Financiera. También deben proporcionarse los activos líquidos y efectivo, valores, pagarés, acciones que cotizan en bolsa, bonos, bonos de ahorro de los EE. UU., cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos de inversión, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valores de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, beneficios de pensiones u otros bienes inmediatamente convertibles en dinero en efectivo.

En caso de que se requiera información adicional para procesar su solicitud, nos comunicaremos con usted por teléfono y/o correo. Devuelva la solicitud de asistencia financiera y el comprobante de ingresos a la siguiente dirección:

Holzer – Departamento de Asistencia Financiera
100 Jackson Pike
Gallipolis, Ohio 45631
Teléfono: (740) 446-5572
Fax: (740) 446-5892

PAUTAS DE POBREZA 2023 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

Para familias/hogares con más de 8 personas, sume $5140 por cada persona adicional.

Cant. de miembros en el hogar	100 %	138 %	101 % - 200 %	201 % - 300 %
1	$14 580	$20 120	$29 160	$43 740
2	$19 720	$27 213	$39 440	$59 160
3	$24 860	$34 306	$49 720	$74 580
4	$30 000	$41 400	$60 000	$90 000
5	$35 140	$48 493	$70 280	$105 420
6	$40 280	$55 586	$80 560	$120 840
7	$45 420	$62 679	$90 840	$136 260
8	$50 560	$69 772	$101 120	$151 680

Solicitud de asistencia financiera Fechas de servicios hospitalarios | *Desde* _____ *hasta* _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de solicitud: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Teléfonos: _____

Dirección: _____ Número de departamento: _____

Dirección postal *(si es diferente a la anterior)*: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Empleador/fuente de ingresos del paciente: _____
Fechas de empleo: desde _____ hasta _____ (*si está desempleado o no informó ingresos en los últimos 3 años, complete la Declaración jurada de ingresos nulos a continuación)*

Empleador/fuente de ingresos del cónyuge: _____
Fechas de empleo: desde _____ hasta _____ (*si está desempleado o no informó ingresos en los últimos 3 años, complete la Declaración jurada de ingresos nulos a continuación)*

¿Residía en Ohio durante las fechas del servicio? Sí No
¿Recibe Medicaid o asistencia por discapacidad? Sí No
¿Tenía seguro médico durante las fechas de servicio? Sí No

Información del hogar e ingresos de todas las personas dentro del hogar

Los ingresos brutos incluyen los salarios antes de impuestos, entre otros: ingresos por alquiler, desempleo, seguridad social u otros beneficios de asistencia pública, pensión alimenticia, pensión, jubilación, salarios por trabajo estacional y/o temporal. En el caso de pacientes menores de 18 años, se exigen los ingresos por manutención de los hijos y los ingresos de los padres. ***Se requiere un mínimo de 3 meses de registros de ingresos, en cantidades semanales, quincenales o mensuales****. Los ingresos de los trabajadores autónomos deben incluir la documentación fiscal correspondiente y los gastos mensuales de un año.*

Nombre del miembro del hogar	**Edad**	**Relación con el paciente**	**Ingresos brutos a la fecha del servicio**				**Ingresos brutos al momento de la firma**			
			Semanal	*Quincenal*	*Mensual*	*Anual*	*Semanal*	*Quincenal*	*Mensual*	*Anual*
		El paciente mismo								

Declaración jurada de ingresos nulos

Si el paciente y/o su cónyuge declaran ingresos nulos durante un período dentro de los últimos 12 meses a partir de la fecha del servicio, complete lo siguiente:

Doy fe de que no tuve ingresos durante las fechas del _____ al _____. Me mantengo a mí mismo y/o a los miembros de mi hogar a través de los siguientes medios: _____.

Con mi firma certifico que toda la información provista en esta solicitud y/o en cualquier archivo adjunto proporcionado es verdadera.

_____ _____ _____ _____
Firma del paciente de la declaración jurada de ingresos nulos | Fecha | Firma del cónyuge de la declaración jurada de ingresos nulos | Fecha

Con mi firma a continuación, confirmo que la información suministrada en esta solicitud, incluida mi información financiera suministrada a Holzer Health System, es exacta y verdadera. Entiendo que, al completar esta solicitud de asistencia financiera, no se me garantiza la obtención de la asistencia financiera y soy responsable de pagar por los servicios y bienes recibidos.

_____ _____ _____ _____
Firma del paciente/tutor | Fecha | Firma del representante financiero de Holzer | Fecha