

Solicitud de Programa de Asistencia Financiera

FCHC Medical Care, LLC

Gracias por elegir FCHC Medical Care, LLC para sus necesidades de atención médica.

Esta solicitud es para asistencia financiera para servicios prestados en FCHC Medical Care, LLC, que incluye: Delta Medical Center, Fayette Medical Center, FCHC Hospitalists, FulCare Outpatient Clinic, Fulton County OB / GYN, Oncology Clinic, West Ohio Family Physicians, West Ohio Orthopedics , West Ohio Pediatrics y West Ohio Surgeons.

DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA 2019	
TAMAÑO DE LA FAMILIA	INGRESOS
1	12,490
2	16,910
3	21,330
4	25,750
5	30,170
6	34,590
7	39,010
8	43,430

Para familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,420 por cada persona adicional.

Requerido para el procesamiento:

Todas las preguntas deben ser respondidas.

Enumere todos los miembros de la familia, las edades y la relación con el paciente que vive en el hogar.

Todas las líneas de ingresos deben completarse (incluyen 3 y / o 12 meses) antes de la fecha de servicio.

Si se informa de cero ingresos, debe incluir una declaración de cómo está sobreviviendo financieramente.

La solicitud debe estar firmada y fechada por el paciente a menos que el paciente sea un dependiente, fallecido o tenga un POA.

Su pronta respuesta al completar y devolver su solicitud financiera ayudará a evitar futuras facturas y / o posibles actividades de cobro.

Por favor llámenos al 419-337-7451 con cualquier pregunta. Estamos disponibles para llamadas de lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm.

Puede dejar su solicitud completa en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla por correo a:

FCHC Medical Care, LLC
735 South Shoop Avenue
Wauseon, Ohio 43567

SOLICITUD DE PROGRAMA DE ASISTENCIA

FCHC Medical Care, LLC

Nombre del paciente		Fecha	
Nombre del garante		Contacto #	
Dirección		Email	
Código postal		Condado	
¿Fue usted o algún miembro de su familia un receptor activo de Medicaid en la fecha del servicio? Círculo uno: si no			
<i>Si la respuesta es Sí, ingrese el número de identificación del destinatario de Medicaid</i>			
¿Tiene usted o un miembro de su familia un seguro de salud en la fecha del servicio? Círculo uno: si no			
<i>"En caso afirmativo: Nombre del seguro: Titular de la póliza: Política#"</i>			
Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. Una familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) del paciente que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente, y a los niños menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.			
	Nombre	Años	Relación con el
Total de personas en la familia:			
Ingreso total BRUTO familiar por 3 meses antes de la fecha de servicio			\$
Ingreso total BRUTO de la familia durante 12 meses antes de la fecha de servicio			\$
Si informa ingresos de \$ 0, proporcione una breve explicación a continuación sobre cómo (el paciente) está sobreviviendo financieramente.			
Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en todos los adjuntos es			
X			Fecha: _____
(Firma del solicitante)			