LLENANDO LA SOLICITUD

Para determinar si cumple con los requisitos para HCAP o Ayuda Financiera, nosotros consideramos sus ingresos brutos y el tamaño de la familia como está descrito en el OAC 5101:3-1-07.17

Condiciones para obtener HCAP:

1. Usted debe ser residente del estado de Ohio
2. Usted debe ubicarse en el 100% o inferior en las Pautas de Ingresos de Pobreza Federales.
3. Dentro de los miembros de la familia está usted, su cónyuge y/o hijos naturales o adoptados menores de 18 años que vivan en el hogar.
4. No puede estar inscrito en Medicaid.

Condiciones para obtener FAP:

1. Aún si tiene seguro, mientras usted se encuentre dentro de nuestros parámetros de ingresos, usted califica para ayuda financiera si:
    - No tiene seguro, un seguro con insuficiente cobertura, si no califica para ayuda gubernamental, o es incapaz de pagar basado en su situación financiera individual.
    - Su seguro no le proporciona cobertura por los servicios médicamente necesarios que usted está solicitando.
    - Usted ya alcanzó el límite máximo en dólares de cobertura de su plan de salud.

Para más información, comuníquese con el Servicio al Cliente de Aultman al: 330-363-2200 o vaya a nuestro sitio web www.aultman.org Además, usted puede comunicarse con el Servicio al Cliente del Aultman Hospital Orrville al 330-682-3010 o yendo al sitio web www.aultmanorrville.org

Si usted recibe servicios médicos en Aultman o fue atendido por algún doctor empleado por Aultman y siente que cumple con los requisitos para recibir estos servicios de manera gratuita o con un costo reducido, por favor llene esta solicitud y entréguela a:

Aultman Patient Outreach

2600 Sixth St. SW

Canton OH 44710

Este programa solo cubre servicios facturados por Aultman.

Estos programas de ayuda financiera NO cubren gastos para prestadores de servicios que no pertenecen a Aultman (incluyendo, de manera enunciativa más no limitativa, doctores y radiólogos de servicios de urgencia).

IMPORTANTE: para proporcionarle ayuda bajo el programa Ayuda Financiera Aultman, se requiere que usted coopere totalmente con nuestros consejeros financieros para determinar si reúne las condiciones para cobertura médica del Estado.

NOTA: el programa HCAP no cubre cirugías electivas o estéticas, trasplante de órganos, artículos de aseo personal del paciente, medicamentos que deben tomarse en el hogar, costes de doctores y de anestesia.

AGB: a ningún paciente sin seguro se le cobrará más de lo que se le cobra a cualquier otro paciente con seguro.

Solicitudes incompletas no serán consideradas para ayuda financiera.

AULTMAN

Programas de Ayuda Financiera

Bajo el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio ***[HCAP**-Hospital Care Assurance Program]*, Aultman ofrece servicios básicos, médicamente necesarios a nivel hospitalario, gratuitos a aquellas personas que son residentes de Ohio y cuyos ingresos se encuentran al nivel o bajo el nivel de los Índices Federales de Ingresos de Pobreza.

Aparte del programa HCAP, Aultman proporciona ayuda financiera ***[FAP**- Financial Assistance Program]* con arancel variable a pacientes que no tienen seguro y cuyo nivel de ingresos familiares son hasta cuatro (4) veces los Índices Federales de Pobreza.

Pautas para Atención GRATUITA

Miembros Familia	Ingresos 2025	Ingresos 2026
1	$15,650	$15,690
2	$21,150	$21,640
3	$26,650	$27,320
4	$32,150	$33,000
5	$37,650	$38,680
6	$43,150	$44,360
7	$48,650	$50,040
8	$54,150	$55,720

Por cada miembro de la familia adicional, súmele $5,680 para el año 2026.

AULTMAN y AULTMAN ORRVILLE

❒ **Hospital** ❒ **Doctor** **No Se Tramitarán Solicitudes Incompletas** **№ de Cuenta:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE:_____Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____

№ Seguro Social (optativo): _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE (si no es el paciente): _____

(Si el solicitante no es el paciente, por favor responda las siguientes preguntas aplicables al paciente).

CALLE: _____

CIUDAD:_____ESTADO:_____CÓDIGO POSTAL:_____№ TELÉFONO:_____

Debe responder las siguientes preguntas para tramitar su solicitud:

1. ¿Era Ud. residente de Ohio en el momento del servicio hospitalario? ❒ Sí ❒ No
2. ¿Tenía seguro médico (aparte de Medicaid) en el momento de su servicio?
3. ¿Era Ud. un beneficiario activo de Medicaid/DMA en el momento que Ud. recibió el servicio? ❒ Sí ❒ No
   En caso afirmativo, № de Identificación de beneficiario Medicaid:
4. ¿Autoriza al Servicio de Comunicación con el Paciente de Aultman y al Hospital Aultman de Orrville a proceder en su nombre para calificarlo por el monto más alto de ayuda? (Para determinar cumplimiento de requisitos, un representante de Aultman/Aultman Orrville puede comunicarse con usted para información adicional. También puede ser contactado por organizaciones externas para verificar su solicitud de Medicaid o notificarle reuniones y documentos que se requieren para llevar a cabo el proceso de Medicaid). ❒ Sí ❒ No
5. ❒Soltero(a) ❒ Casado(a) ❒ Separado(a) (si separado(a), todavía se requieren los ingresos del cónyuge).
6. ¿Es usted Amish? ❒ Sí ❒ No
7. ¿Tiene usted activos tales como un 401K, CDs, o inversiones? ❒ Sí ❒ No

Solo Uso Administrativo

Aprobado HCAP del Estado de Ohio ❑ Sí ❑ No

Aprobado FAP Aultman ❑ Sí ❑ No

Descuento FAP_____%

Fechas de Elegibilidad HCAP/FAP

del:
al:

Aprobado MSO Aultman ❑ Sí ❑ No

❒ Marcar si usted es trabajador independiente, adjunte su formulario 1040 y plan de pago correspondiente.

Por favor entregue la siguiente información de aquellos miembros de la familia que viven en el hogar. Miembros de la familia abarca usted, su cónyuge y/o hijos naturales o adoptivos menores de 18 años. Para pacientes menores de 18 años, enumere al paciente, al(los) padre(s) natural(es) o adoptivo(s) del paciente (independientemente de si el padre vive en el hogar con el paciente o no) y los hermanos del paciente (naturales o adoptivos) que vivan en el hogar.

Nombre (Nombre, Apellido)	Edad	Relación Con el Paciente	Sueldo Regular, Pensiones, Seguro Social, SSI, Beneficios VA	Con cuánta Frecuencia Semanal/ cada 2 semanas/ mensual	Tipo de Ingreso	Ingreso Bruto Total* de los 3 meses precedentes a la fecha de servicio *Antes de deducciones	Ingreso Bruto Total* de los 12 meses precedentes a la fecha de servicio *Antes de deducciones	Por favor enumere 401K, CDs o inversiones
(ejemplo) Jane Doe	43	Sí misma	$200.00	Semanal	Desempleo	$2,400.00	$9,600.00	
(paciente)								
Tamaño Total Familia:						Ingreso Total:		

NOTA: Si usted o cualquier miembro de la familia no tiene ingresos, usted debe indicar "0".

Si usted reportó un ingreso "0": por favor explique a continuación como satisfacía las necesidades básicas de comida y de vivienda antes de la fecha de servicio:

_____

_____

Con mi firma abajo, afirmo que, a mi leal saber y entender, las respuestas en esta solicitud son verdaderas. Entiendo que un representante de Aultman / Aultman Orrville podría comunicarse conmigo para información adicional o usar una organización externa para verificar la información financiera declarada en este formulario.

Fecha:_____**Firma del Solicitante:** _____

Fecha:_____ Representante de Comunicación con el Paciente: _____