

Cómo Rellenar el Formulario de Ayuda Financiera

Descripción del Campo	Detalles
Nombre del solicitante	Nombre del solicitante (en letra de molde).
Dirección/Número de teléfono	Dirección y número de teléfono actuales del solicitante (en letra de imprenta).
Fecha(s) de servicio	Fecha (o fecha de admisión) en que el paciente fue atendido en el hospital o en el consultorio del proveedor.
Número(s) de cuenta	Introduzca el número de cuenta del extracto. Si el número de cuenta no está disponible, deje la casilla en blanco.
¿Es el paciente un ciudadano estadounidense?	Responda sí o no.
¿Era el paciente residente de Ohio en el momento de recibir el servicio?	Responda sí o no. La residencia la establece una persona que vive en Ohio voluntariamente en el momento del servicio hospitalario, que no recibe asistencia pública en otro estado y que no ha venido a Ohio por la única razón de recibir servicios sanitarios
¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento de recibir el servicio?	Responda sí o no. En caso afirmativo, indique el número de identificación del beneficiario de Medicaid.
¿Tenía el paciente un seguro médico (distinto de Medicaid) en el momento de recibir el servicio?	Responda sí o no. En caso afirmativo, indique el nombre del seguro.
Nombre completo	Enumere por su nombre, los miembros de la familia inmediata, INCLUYENDO a usted mismo (solicitante), al cónyuge del solicitante (que viva o no en el hogar), a los hijos del solicitante menores de 18 años* (naturales o adoptivos) que vivan en el mismo hogar que el paciente, y a cualquier persona que viva en el hogar con el paciente y que dependa de los ingresos de la familia del paciente para más del 50% de su manutención. *Si el paciente es menor de edad, ambos padres biológicos deben figurar en la solicitud (vivan o no en el hogar).
Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento de cada una de las personas del hogar.
Relación con el Solicitante	Indique el parentesco de estas personas con el solicitante. Ejemplo: Solicitante (yo mismo), Cónyuge o Hijo (natural o adoptivo).
Fuente de Ingresos	Indique la fuente de ingresos de esta persona. Esto incluiría el de desempleo, la Seguridad Social, la Administración de Veteranos, las pensiones, etc.
Ingresos de tres (3) meses ANTES de la fecha del Servicio	Anote la cantidad de ingresos brutos que cada persona recibió en los 90 días anteriores a la fecha de servicio. Si no ha recibido ingresos en los 90 días anteriores, introduzca 0. Ejemplo: Fecha de servicio 4/1/22 - cuántos ingresos se recibieron del 1/1/22 al 31/3/22.
Ingresos de doce (12) meses ANTES de la fecha de Servicio	Introduzca la cantidad de ingresos brutos que cada persona recibió en los 12 meses anteriores a la fecha de servicio. Si no se han recibido ingresos en los 12 meses anteriores, introduzca 0. Ejemplo: Fecha de servicio 4/1/22 - cuántos ingresos se recibieron del 4/1/21 al 3/31/22.
Si declara un ingreso de 0,00 dólares o un ingreso mínimo, proporcione una explicación sobre la forma en que se le mantenía	Explique sus medios de subsistencia durante los 3 y 12 meses anteriores a la fecha de servicio. Si ha recibido apoyo de otra persona, explique el período de tiempo que le han apoyado y el tipo de apoyo que le han proporcionado (por ejemplo, comida, alojamiento, etc.).
Casillas de Ingresos	Marque todas las casillas que correspondan y proporcione la documentación justificativa de cada una de ellas.
Activos Líquidos Marque las Casillas	Marque todas las casillas que correspondan y proporcione la documentación justificativa de cada una de ellas.
Firma del Solicitante	Firme y feche la solicitud.

Adjunte copias de la comprobación de los ingresos de los 3 y 12 meses anteriores a la fecha del servicio. (No envíe los originales ya que no pueden ser devueltos).

No proporcionar la información solicitada en este formulario puede dar lugar a importantes retrasos en la tramitación y/o a la denegación de su solicitud.

Llame a nuestra línea de atención al cliente de Avita PFS si tiene preguntas o para pedir ayuda para rellenar la solicitud: 419-468-0512