Henry County Hospital, Inc. Rev 01/29/2025

1600 East Riverview Avenue

43545, Napoleón, Ohio

**Solicitud de HCAP (Programa de Garantía de Atención Hospitalaria)**

**Las solicitudes incompletas serán devueltas**

**1. Nombre del** **paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del solicitante, si no**

**es paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas que se aplican al paciente).

**2. Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State**:**\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha(s) del servicio hospitalario:** Desde**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Si es aplicable)**

**4. Número de episodio; (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Complete la siguiente información si corresponde:**

* ¿Era usted residente de Ohio en el momento de su servicio hospitalario? Si \_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Era usted un beneficiario activo de Medicaid en el momento de su servicio hospitalario? Si \_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, número de identificación del beneficiario de Medicaid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Tenía seguro médico (aparte de Medicaid) al momento de prestar servicio hospitalario? Si \_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_

**5-6. Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. Para los propósitos de HCAP, "familia" se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Edad** | **Relación con el paciente** | **Ingresos brutos durante 3 meses antes del servicio hospitalario\*** | **Ingresos brutos durante 12 meses antes del servicio hospitalario** | **Tipo de verificación de ingresos** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**7. Documentación adicional requerida:**

1. Proporcione ingresos brutos durante 3 o 12 meses antes de su fecha de servicio con la solicitud completa. La verificación de ingresos puede incluir talones de pago y / u otros documentos que contengan información de ingresos para el período de tiempo apropiado.
2. Si tenía ingresos -0- antes de la fecha de servicio, proporcione una explicación a continuación de cómo está sobreviviendo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es cierto.**

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PAUTAS DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS** | | | | | 1. **ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE HENRY** | | | | |
| **Tamaño de la familia** | **Ingresos**  **2025** | **Ingresos**  **2024** | **Ingresos 2023** | **Ingresos 2022** | **Tamaño de la familia** | **Ingresos**  **2025** | **Ingresos**  **2024** | **Ingresos 2023** | **Ingresos 2022** |
| **1** | 15,650 | 15,060 | 14,580 | 13,590 | **1** | 31,300 | 30,120 | 29,160 | 27,180 |
| **2** | 21,150 | 20,440 | 19,720 | 18,310 | **2** | 42,300 | 40,880 | 39,440 | 36,620 |
| **3** | 26,650 | 25,820 | 24,860 | 23,030 | **3** | 53,300 | 51,640 | 49,720 | 46,060 |
| **4** | 32,150 | 31,200 | 30,000 | 27,750 | **4** | 64,300 | 62,400 | 60,000 | 55,500 |
| **5** | 37,650 | 36,580 | 35,140 | 32,470 | **5** | 75,300 | 73,160 | 70,280 | 64,940 |
| **6** | 43,150 | 41,960 | 40,280 | 37,190 | **6** | 86,300 | 83,920 | 80,560 | 74,380 |
| **7** | 48,650 | 47,340 | 45,420 | 41,910 | **7** | 97,300 | 94,680 | 90,840 | 83,820 |
| **8** | 54,150 | 52,720 | 50,560 | 46,630 | **8** | 108,300 | 105,440 | 101,120 | 93,260 |