



Solicitud de asistencia financiera de Summa Rehab Hospital  
Programa de beneficencia de Summa Rehab Hospital

Summa Rehab Hospital Programa de descuento para pacientes sin seguro

A partnership with  
Ernest Health

Complete toda la información en letra de imprenta

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> *SEPARADO		Situación laboral en el momento del servicio <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO	
FECHA DE SERVICIO		NÚMERO DE CUENTA DEL HOSPITAL	1. ¿ERA USTED RESIDENTE DE OHIO DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
LA SOLICITUD CUBRIRÁ UNA ESTANCIA HOSPITALARIA O TRES MESES (EL MES DEL SERVICIO Y LOS DOS MESES SIGUIENTES)		2. ¿ERA USTED BENEFICIARIO ACTIVO DE MEDICAID DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONAR NÚMERO DE FACTURACIÓN DE MEDICAID:	
NOMBRE DEL CÓNYUGUE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		Situación laboral en el momento del servicio <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO	3. ¿ERA USTED BENEFICIARIO ACTIVO DE UN BENEFICIO POR DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿RECIBIÓ ASISTENCIA DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN?
		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

Por "familia" nos referimos al paciente, al cónyuge del paciente (sin importar si reside en el hogar) y a todos los hijos del paciente, ya sean biológicos o adoptivos, menores de 18 años que vivan en el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, "familia" incluirá al paciente, a su(s) padre(s) biológico(s) o adoptivo(s) (sin importar si reside en el hogar) y a los hijos de los padres menores de 18 años que vivan en el hogar.

NOMBRE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	INGRESO BRUTO RECIBIDO DURANTE LOS TRES MESES ANTERIORES AL MES DEL SERVICIO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR
(Paciente)		el mismo		
(Cónyuge)				
<b>TOTAL DE PERSONAS EN LA FAMILIA</b>		<b>INGRESOS TOTALES DE LA FAMILIA</b>		

DECLARACIÓN DE INGRESOS DE \$ 0:

Proporcione una breve declaración sobre cómo se cubrieron las necesidades básicas de alimentación y vivienda durante los tres meses anteriores a la fecha del servicio.

\*Debe incluirse el ingreso del cónyuge o del padre/madre que no vive en el hogar, a menos que esa persona no contribuya económicamente. En ese caso, escriba "No contribuye" en el espacio de INGRESOS.

La verificación de ingresos incluye, entre otros, copias del salario total antes de impuestos, pensión, beneficios de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSD, por sus siglas en inglés), desempleo, pensión alimenticia, manutención de menores (si el menor es el paciente), beneficios para veteranos y distribuciones de cuentas individuales de retiro (IRA, por sus siglas en inglés), 401(k), 401(b).

Si recibe beneficios de seguro social o de discapacidad, puede presentar una carta de verificación de ingresos o su formulario 1099 más reciente. Se puede obtener una carta de verificación llamando a la administración del seguro social al 1-800-772-1213.

Yo, el suscrito, he proporcionado la información anterior para ser considerado para recibir asistencia financiera a través de Summa Rehab Hospital y; según mi leal saber y entender, declaro que la siguiente información es verdadera y exacta.

Además, entiendo que Summa Rehab Hospital se reserva el derecho de modificar o cancelar este programa de acuerdo con las normas del Departamento de Empleo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés).

X  
 (SOLO EL PACIENTE O UN REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE DEBE FIRMAR PARA QUE LA SOLICITUD SEA VÁLIDA) \_\_\_\_\_ (FECHA) \_\_\_\_\_  
 (FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL/DEPARTAMENTO O AGENCIA) \_\_\_\_\_ (FECHA) \_\_\_\_\_