

Dayton Children's Hospital
One Children's Plaza
Dayton, OH 45404-1815

Puede solicitar asistencia financiera antes, durante o después de que su hijo reciba atención en Dayton Children's.

Para solicitarla, llene el formulario dentro de este folleto y entréguelo en la oficina de registro de Dayton Children's o envíelo por correo en el sobre suministrado. También puede llenar el formulario en línea en childrensdayton.org. Envíe por correo su formulario completado.

- Ohio Medicaid o la asistencia médica estatal con frecuencia pueden pagar los gastos de atención médica de su hijo, en su totalidad o una parte, incluso si usted no es elegible para otras formas de asistencia estatal.
- Se solicitará un comprobante de ingresos adicional (por ejemplo, talones de pago).
- Para recibir la asistencia financiera de Dayton Children's, en ocasiones es necesario que solicite primero Medicaid u otros programas.
- Si su hijo recibe Ohio Medicaid o Healthy Start, no es necesario que solicite la asistencia financiera de Dayton Children's.

Si necesita ayuda para llenar este formulario o si tiene alguna pregunta, llame al 937-641-5727.

coloque la
estampilla
aquí



One Children's Plaza
Dayton, Ohio 45404-1815
937-641-5727
childrensdayton.org

EP3184 (Rev. 09/2019) © 2019 Dayton Children's Hospital. Todos los derechos reservados. El molinete, el logotipo de la marca y todas las marcas registradas son propiedad de Dayton Children's Hospital • childrensdayton.org

¿Necesita ayuda
para pagar las
facturas de atención
médica de su hijo?



Programa de asistencia financiera de Dayton Children's



Tal vez podemos ayudarle con las facturas de atención médica de su hijo. Si usted es elegible, puede recibir parte o toda la asistencia financiera (también conocida como atención de beneficencia) para las facturas de atención médica de Dayton Children's. De acuerdo con el programa, se ofrece asistencia a personas con ingresos en o por debajo del 400 por ciento del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). También puede obtener ayuda de asesores financieros capacitados, incluso ayuda para llenar los formularios de asistencia financiera. Cada paciente debe llenar una solicitud, y presentar un comprobante de los ingresos del hogar.

algunos programas disponibles para los pacientes de Dayton Children's:

- Recaudación para Servicios Humanos del Condado de Montgomery: disponible solamente para los residentes del Condado de Montgomery. Proporciona asistencia a aquellos habitantes que tienen cuentas médicas que no pueden pagar.
- Ohio Medicaid y Healthy Start: estos programas ofrecen asistencia con las facturas médicas a las familias cuyos ingresos son inferiores al 200 por ciento del Índice Federal de Pobreza.
- Ohio BCMH (Departamento de niños con discapacidades médicas de Ohio): este programa estatal ofrece cobertura para niños con afecciones médicas específicas.
- El Ohio Hospital Care Assurance Program (Programa de Seguro Médico de Ohio): este programa brinda atención gratuita todos los residentes de Ohio cuyo ingreso es inferior al 100 por ciento del Índice Federal de Pobreza.
- Children's Charity Care (Atención de Beneficencia para Niños): este programa brinda asistencia a las familias con facturas hospitalarias elevadas con un ingreso inferior al 400 por ciento del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).

Solicitud del paciente de Dayton Children's para asistencia financiera y de HCAP

For hospital use only: Approved or Denied
Coverage span: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha del servicio: Desde: _____ Hasta: _____

Nombre de la persona que completa la solicitud: _____
(*si el solicitante no es el paciente, responda las preguntas siguientes correspondientes al paciente.*)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Usted era residente de Ohio en el momento en que recibió el servicio del hospital? Sí: _____ No: _____

¿Recibía activamente Medicaid en el momento en que recibió el servicio del hospital? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, indique su número de identificación de Medicaid: _____

¿Ha solicitado los beneficios de Medicaid en los últimos 90 días? Sí: _____ No: _____

¿Recibía activamente asistencia por discapacidad en el momento de su estancia en el hospital? Sí: _____ No: _____
(*en caso afirmativo, adjunte una copia de su tarjeta de DA.*)

¿Tenía un seguro de salud (distinto a Medicaid) en el momento en que recibió el servicio del hospital? Sí: _____ No: _____

Mencione a todos los miembros de la familia (incluido usted). Los miembros de la familia incluyen a los padres, cónyuge e hijos (naturales o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que viven en el hogar con sus padres.

miembro de la familia	edad	relación con el paciente	ingresos brutos por 3 meses antes del servicio del hospital	ingresos brutos por 12 meses antes del servicio del hospital
total de personas en la familia		total de ingresos familiares antes del servicio del hospital		

Si declaró ingresos por \$0, incluya una breve explicación a continuación o en una hoja adjunta.

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud o en sus documentos adjuntos es cierto a mi leal saber y entender.

Firma del paciente/solicitante: _____ Fecha: _____

¿Preguntas? Llame al 937-641-5727 o 1-800-228-4594 (solo desde Ohio) de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.

humedecer y sellar