



Solicitud de ayuda económica de Wayne Healthcare (HCAP)

Enviar en un plazo de 15 días

Nombre del paciente: _____ N.º de Seguro Social: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____
Fecha(s) del servicio del hospital: _____ Servicio médico: _____
Empleador: _____ Contacto del empleador: _____

Última fecha de solicitud de la ayuda de Medicaid: ____/____/____

¿Vivía en Ohio en el momento en que recibió el servicio?

Sí No Debe vivir en Ohio

¿Tiene algún seguro médico, incluyendo Medicaid?

Sí No Lista:

¿Recibía la ayuda por discapacidad del ODJFS Recibía ayuda cuando le prestaron el servicio en el hospital? (Adjunte una copia de la tarjeta)

Mencione al PACIENTE Y SU FAMILIA INMEDIATA únicamente, es decir, CÓNYUGE E HIJOS BIOLÓGICOS O ADOPTIVOS menores de 18 años.

Si el paciente es mayor de 18 años, se considera que es un solicitante independiente con sus propios ingresos.

Nombres del paciente y sus familiares	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre de los familiares	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
(paciente)		Paciente			

Indique los ingresos de las 13 semanas (3 meses) antes de la fecha de hospitalización o de los 12 meses antes de la fecha de los servicios del hospital:

Salarios (combinados)	\$ _____	Agrícola o autónomo	\$ _____	Ingresos de 3 meses antes de la fecha del servicio
Manutención infantil	\$ _____	Asignación para familias de militares	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	Pensiones y beneficios para veteranos	\$ _____	
Ayuda pública	\$ _____	Compensación por desempleo	\$ _____	
Seguro social	\$ _____	Compensación de trabajadores	\$ _____	Ingresos de 12 meses antes de la fecha del servicio
Ingresos de alquiler	\$ _____	Otros; especifique	\$ _____	\$ _____
Subsidios/Inversiones	\$ _____			
Total de personas del grupo familiar	_____	Total de ingresos del grupo familiar	\$ _____	

*Si reporta \$0.00 de ingresos, escriba una breve explicación de cómo o quién cubre sus necesidades económicas.

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que di es verdadera y está completa.

Firma del solicitante

Fecha

Exclusivo para uso del hospital

A partir del 16 de enero de 2026, usted y sus familiares pueden ser elegibles para recibir servicios gratuitos del hospital si sus ingresos fueron iguales o inferiores a las Directrices estatales de pobreza en los últimos 3 años. Solicitud válida por 30 días para servicios para pacientes ingresados O por 90 días para servicios para pacientes ambulatorios

Tamaño del grupo familiar	Directrices	Tamaño del grupo familiar	Directrices
1	\$15,960.00	5	\$38,680.00
2	\$21,640.00	6	\$44,360.00
3	\$27,320.00	7	\$50,040.00
4	\$33,000.00	8	\$55,720.00
		Con más de 8	Agregue \$5,680.00 por cada persona extra

Wayne HealthCare

Attn: Financial Counselor

835 Sweitzer Street

Greenville, Ohio 45331

Tel.: 937-547-5770 o 800-589-2963

Fax: 937-547-5789

Tamaño del grupo familiar: _____ Ingresos durante 12 meses: _____ Rechazada: _____

HCAP aprobada: _____ Porcentaje aprobado de ayuda: _____ Se envió la carta de aprobación o denegación: Sí o No

Representante del hospital: _____ Fecha: _____ Revisado el: 01/16/2026

Gracias por elegir Wayne HealthCare para sus servicios de atención médica. Ofrecemos programas de ayuda económica para cubrir las necesidades de nuestros pacientes. Hay un servicio de traducción disponible.

ES POSIBLE QUE SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completando nuestra solicitud de ayuda económica, ayudará a Wayne HealthCare a determinar si usted es elegible para recibir servicios gratuitos o con descuento. Complete la solicitud y preséntela en el hospital en persona, o envíela por correo o por fax (937-547-5789) para pedir atención gratuita o con descuento. Completando y firmando la solicitud, reconoce que, de buena fe, ha tratado de proporcionar toda la información que se pide en la solicitud para ayudar a Wayne HealthCare a determinar si es elegible para recibir ayuda económica.

No se le puede cobrar más a una persona elegible para recibir ayuda económica por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las cantidades que normalmente se facturan a las personas con cobertura de seguro. Para más información, consulte la política completa.

Programa	Disponible para	Descripción	Cómo solicitar
Ayuda económica	Pacientes con y sin seguro	Ofrece atención gratuita o con descuento según el tamaño del grupo familiar y los ingresos según las Directrices federales de pobreza - Atención gratuita hasta el 100 % de las FPG - Atención con descuento para 101 %-200 % de las FPG	Complete la solicitud del Programa de ayuda económica (Financial Assistance Program)
Programa de plan de pagos	Pacientes con y sin seguro	Ayuda a los pacientes a cumplir sus obligaciones económicas estableciendo acuerdos de pagos mensuales.	Hable con un asesor económico al 937-547-5770
Descuento por pago total sin seguro	Pacientes sin seguro	Vigente a partir del 1 de enero de 2019, independientemente de la fecha del servicio. Ofrece un 25 % de descuento si paga 30 días desde que recibió la factura.	Hable con un asesor económico al 937-547-5770

Vigente a partir del 16 de enero de 2026. Usted y su familia podrían ser elegibles para recibir servicios gratuitos del hospital si sus ingresos fueron iguales o inferiores a las Directrices de pobreza en los últimos 3 años.

Tamaño del grupo familiar	Directrices
1	\$15,960.00
2	\$21,640.00
3	\$27,320.00
4	\$33,000.00
5	\$38,680.00
6	\$44,360.00
7	\$50,040.00
8	\$55,720.00

Si son más de 8 personas, agregar \$5,680.00 por cada persona extra.

Para ayudarnos a determinar si es elegible para recibir ayuda, complete, firme y ponga la fecha en la solicitud, y envíela con una declaración completada de ingresos. A las personas aprobadas para recibir ayuda económica no se les puede cobrar más que el AGB por emergencias u otra atención médicamente necesaria. **LA SOLICITUD ESTÁ ATRÁS DE LA DECLARACIÓN.**

Si reporta cero ingresos, escriba una breve explicación de cómo vive y si alguien lo ayuda. Debemos saber por cuánto tiempo ha estado desempleado y si presentó una solicitud para el programa de Medicaid o Medicare.

Envíe el formulario completado y los documentos complementarios a:

Wayne HealthCare
Financial Counseling
835 Sweitzer Street
Greenville, OH 45331

Le responderemos en un plazo de 15 días después de haber recibido la solicitud completada y los documentos complementarios. Si tiene alguna pregunta necesita ayuda, comuníquese con nosotros al 800-589-2963, extensión 6947, o al 937-547-5770. Nuestro número de fax es 937-547-5789. Hay más información en nuestro sitio web: www.waynehealthcare.org.

Los cargos de los médicos de la sala de emergencias, los radiólogos y los anesthesiólogos no forman parte del Programa de ayuda económica de Wayne HealthCare.