



# Solicitud de asistencia financiera/HCAP TriHealth

**\*Es necesario presentar prueba de ingresos con la solicitud\***

Información del paciente/garante

Fechas del servicio

Fecha de nacimiento

Teléfono

Número de seguridad social

Dirección, ciudad

Estado

Código postal

Estado civil (encierre uno con un círculo):

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

¿Tiene seguro de salud?  SÍ  NO

¿Ha solicitado Medicaid?  SÍ  NO

Si es afirmativo, indique el nombre del plan de seguro: \_\_\_\_\_

Debe proporcionar la siguiente información de todas las personas de su familia inmediata que vivan en su hogar. Para los fines de esta solicitud, "familiar inmediato" se define como los padres, cónyuge (sin importar si conviven) y todos los hijos del paciente menores de 18 años (biológicos o en adopción formal) que vivan o no en la casa del paciente.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	Relación con usted
				Conyugue Hijo Padre
				Conyugue Hijo Padre
				Conyugue Hijo Padre
				Conyugue Hijo Padre
				Conyugue Hijo Padre

## OBLIGATORIO

Ingreso **familiar** bruto (antes de impuestos) de los últimos 3 meses antes de la fecha del servicio: \$ \_\_\_\_\_

Ingreso **familiar** bruto (antes de impuestos) de los últimos 12 meses antes de la fecha del servicio: \$ \_\_\_\_\_

Si indica que su ingreso es \$0, proporcione una breve explicación sobre cómo se mantiene para satisfacer sus necesidades diarias.

*Este documento es legal y vinculante. Incluya la documentación que soporte la información de ingresos que suministra. Su firma atestigua que, a su leal entender, la información suministrada es precisa.*

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Números de cuenta:

Envíe por correo la solicitud completada y la prueba de ingresos a: Financial Assistance, TriHealth Inc., 619 Oak Street, Cincinnati, OH 45206-9975  
<http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>