

**THE UNIVERSITY OF TOLEDO MEDICAL CENTER  
Solicitud de Asistencia Financiera**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono del Paciente: \_\_\_\_\_ Fechas de Servicio: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia entrevistado: \_\_\_\_\_ Fechas de servicio adicionales: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Números de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Números de Cuenta Adicionales: \_\_\_\_\_

¿Era usted un residente de Ohio en el momento de su servicio hospitalario? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Estaba cubierto por un seguro médico o de automóvil en la(s) fecha(s) de servicio? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (En caso afirmativo, ingrese la información a continuación y adjunte una copia de la tarjeta de seguro)

Nombre de la Compañía de Seguros. \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

¿Tiene beneficios de Medicaid para la(s) fecha(s) de servicio? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (En caso afirmativo, ingrese el # de facturación \_\_\_\_\_ y adjunte una copia de la tarjeta Medicaid)

¿Tiene Asistencia por Discapacidad (AD) para la(s) fecha(s) de servicio? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (En caso afirmativo, ingrese el # de facturación \_\_\_\_\_ y adjunte una copia de la tarjeta AD)

**Por favor indique todos los miembros de la "familia" (incluido usted). Los miembros de la familia incluyen padres, cónyuge e hijos (naturales o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que viven en el hogar junto con el paciente. Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública, etc.**

**Por favor incluya verificación de ingresos de los últimos 3 ó 12 meses para acelerar el procesamiento de su solicitud.**

Miembros de la Familia	Edad	Relación con el Paciente	Fuente de Ingresos o Nombre del Empleador	Ingresos durante 3 meses antes de la fecha de servicio	Ingresos durante 12 meses antes de la fecha de servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
<b>TOTALES</b>					

*Si informó anteriormente \$0.00 de ingresos, proporcione una breve explicación de como usted (o el paciente) sobrevivió financieramente durante el período solicitado.*

Firma de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha en que se Completó: \_\_\_\_\_

*Mediante mi firma de arriba, afirmo a mi leal saber y entender que las respuestas en esta solicitud son verdaderas. Entiendo que es ilegal enviar información falsa a sabiendas para obtener beneficios del gobierno.*

**Envíe la solicitud completa y la documentación de ingresos a:  
 University of Toledo Atención: Servicios Financieros para Pacientes  
 3000 Arlington Ave. MS 1168  
 Toledo, OH 43614**