

**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.					
TOTALES					

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**