MAGRUDER HOSPITAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL PACIENTE: _____
(Si el solicitante no es el paciente, por favor responda las siguientes preguntas aplicándolas al paciente.)

DIRECCIÓN:_____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA(S) DE SERVICIO HOSPITALARIO: Desde _____ Hasta _____

1. ¿Era residente de Ohio en el momento de su servicio hospitalario? Sí _____ No _____

2. ¿Era beneficiario activo de Medicaid en el momento de su servicio hospitalario? Sí _____ No _____
Si es así, número de identificación de Medicaid: _____

3. ¿Tenía seguro médico (además de Medicaid) en el momento de su servicio hospitalario?
Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, proporcione una copia de su tarjeta de identificación del seguro.**

Por favor, proporcione la siguiente información sobre todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. Para los propósitos de HCAP, Familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de dieciocho años, la Familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente y los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) de los padres que viven en el hogar del paciente.

Nombre	**Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa**	**Relación con el Paciente**	**Ingresos de los 3 meses previos al servicio hospitalario***	**Ingresos de los 12 meses previos al servicio hospitalario***	**Tipo de verificación de ingresos adjunta***
(Paciente)		**(Yo mismo)**			
Total de personas en la familia		**Total de ingresos familiares**			

*La verificación de ingresos, si es requerida por el hospital, puede incluir recibos de pago, formularios w-2 u otros documentos que contengan información de ingresos para el período de tiempo correspondiente (3 o 12 meses previos al servicio hospitalario).

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es verdadero.

_____ _____
Firma del solicitante Fecha

Hospital Use: Approved ___ Denied ___ Reason _____ FC _____ Date ___/___/___ Eligibility Effective Dates_____