



Highland District Hospital participa en el **PROGRAMA DE GARANTÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA** diseñado para brindar **ATENCIÓN BÁSICA MÉDICAMENTE NECESARIA SIN COSTO** a pacientes que cumplan con los requisitos.

Cualquier persona que sea residente del estado de Ohio, que no reciba Medicaid ni el programa de Asistencia por Discapacidad, y cuyos ingresos estén en o por debajo de las Guías Federales de Pobreza, puede ser elegible para recibir atención no compensada por servicios prestados hasta 3 años antes de la fecha de solicitud.

Unidad familiar 01/15/2026	100% FPL HCAP
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

Por cada integrante adicional de la familia, agregue: \$5,680.00

Highland District Hospital también cuenta con un programa de apoyo financiero para pacientes cuyos ingresos puedan estar por encima de las Guías Federales de Pobreza y que necesiten ayuda para cubrir sus cuentas del hospital.

Este programa puede aplicar un descuento a un porcentaje de la cuenta del hospital, según el ingreso del hogar, hasta un máximo de 200% de la Guía Federal de Pobreza (incluido).

Si considera que podría calificar para apoyo financiero, complete la solicitud en el reverso y entréguela, junto con su comprobante de ingresos, a Servicios Financieros del Paciente dentro de los cinco (5) días posteriores a su atención. La determinación por escrito de su elegibilidad se emitirá después de recibir su solicitud.

****Se le informa que su cuenta solo será elegible para asistencia financiera por un periodo de 1 año a partir de la fecha original del servicio****

Complete lo siguiente si respondió "sí" a las preguntas 2, 3 o 4 en la página anterior.

Cobertura médica:

Número de Asistencia por Discapacidad (el número de beneficiario debe tener 12 dígitos) _____

Medicaid (el número de beneficiario debe tener 12 dígitos) _____

Nombre del seguro _____

Asegurado(a) _____

Número de identificación _____

Número de grupo/póliza _____

Número de teléfono _____

Empleador _____

Por favor, complete la solicitud en el reverso.

Solicitud de Asistencia Financiera
(H.C.A.P O F.A.P)

Certificación:

Entiendo que esta información está sujeta a verificación por parte de Highland District Hospital. También entiendo que, si se determina que la información que proporciono es falsa, mi solicitud será rechazada y seré responsable del pago de los servicios brindados. Esta solicitud se le devolverá sin fecha y sin firma.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de solicitud ____/____/____

NSS del paciente _____

Nombre del solicitante, si no es el paciente: _____

Teléfono: _____

(Si quien solicita no es el paciente, por favor responda las siguientes preguntas según correspondan al paciente)

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado _____ C.P. _____

Fecha(s) de atención en el hospital: De _____ A _____

Responsable de pago No.: _____

Al momento de recibir el servicio:

Fecha del servicio: _____

1. ¿Era residente de Ohio? _____
2. ¿Contaba con cobertura de Medicaid? _____
3. ¿Recibía Asistencia por Discapacidad? _____
4. ¿Contaba con seguro? _____

** Si respondió "Sí" a la pregunta 2, 3 o 4, por favor complete el reverso antes de continuar.

**Esta solicitud NO PUEDE
tramitarse sin una explicación
de cómo se sostenía
económicamente.**

Importante: Los Programas de Asistencia Financiera de Highland District Hospital NO cubren los honorarios del médico.

Anote TODOS los nombres de la familia	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Ingreso BRUTO TOTAL de la familia		Tipo de comprobante de ingresos adjunto.**
			3 meses ANTES de la fecha del servicio.*	12 meses ANTES de la fecha del servicio.*	
		PACIENTE			

Se considera familia al/los paciente(s), su cónyuge y todos los hijos (biológicos o adoptivos) menores de 18 años que vivan en el hogar.

*Highland District Hospital se reserva el derecho de solicitar comprobantes de ingresos antes de determinar la elegibilidad. Si reporta ingresos de \$0.00, debe explicar de qué manera se sostenía económicamente.

** La información de ingresos puede incluir recibos de nómina, carta del empleador u otros documentos que contengan datos de ingresos correspondientes al periodo de 3 a 12 meses **PREVIO A** la fecha del servicio.

Se requiere la declaración de impuestos de trabajador por cuenta propia, negocio o actividad agrícola del año ANTERIOR al año en que recibió el servicio, así como un estado de ingresos de los 3 meses previos a la fecha del servicio. Las declaraciones de impuestos regulares solo se aceptan como último recurso.

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL	T/C orig.: _____	T/C condonación (W/O): _____	T/C por pagar: _____
ELEGIBLE HCAP _____	P/C orig.: _____	P/C condonación (W/O): _____	P/C por pagar: _____
ELEGIBLE FAP _____%	Totales: _____	Condonado (W/O): _____	Por pagar: _____

Persona que determina: _____

____ Hoja de W/O; ____ Registro de mensajes; ____ PCB; ____ MBA; ____ <BD>; ____ Carta