

# NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

## RESUMEN DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA (FAP) EN PALABRAS SIMPLES

### **PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA**

**\*\* Consulte el reverso de esta página para ver una solicitud.\*\***

Nationwide Children's Hospital ofrece atención gratuita o con descuento para servicios básicos y medicamente necesarios a personas que califican para el Programa de Ayuda Financiera o el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP, Hospital Care Assurance Program). Los pacientes deben usar todos los demás recursos, incluso el Departamento del Trabajo y Servicios para la Familia antes de considerar la ayuda financiera. El cumplimiento de requisitos para la ayuda se basa en el ingreso bruto total (cuánto gana antes de impuestos) y en la cantidad de dependientes en la familia. Los pacientes que cumplen los requisitos no recibirán más cobros por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria que las cantidades facturadas normalmente (AGB, Amounts Generally Billed) a los pacientes que tienen seguro. La elegibilidad para ayuda financiera aplica a todos los pacientes independientemente de la raza, el color, el credo, el grupo étnico, la nacionalidad, la edad, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la religión o discapacidad.

#### **Requisitos:**

Estar en el 400 % del nivel federal de pobreza o menos.

No ser beneficiario de Medicaid: Los beneficiarios de Medicaid que reciben atención médicamente necesaria no cubierta por Medicaid tendrán cobertura del Programa de Ayuda Financiera.

Vivir en el estado de Ohio: Los no residentes de Ohio que soliciten ayuda financiera para la atención médica que no es urgente deben recibir una aprobación previa para obtener la ayuda financiera antes de recibir la atención.

### **¿NECESITA ASISTENCIA PARA SOLICITAR AYUDA FINANCIERA?**

**Llame al 614-722-2055**

Consulte a cualquier Representante de Acceso de Pacientes en 700 Children's Drive o en cualquiera de nuestros otros establecimientos para obtener ayuda o una copia gratuita de la FAP, el Resumen en palabras simples de la FAP y la Solicitud de ayuda financiera en inglés u otros idiomas. También puede visitar [www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance) para obtener estos documentos.

### **PROGRAMA DE GARANTÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (HCAP)**

**\*\* Consulte el reverso de esta página para ver una solicitud.\*\***

El Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP, Hospital Care Assurance Program) es la versión de Ohio del Programa de Hospitales de Atención Desproporcionada (DSH, Disproportionate Share Hospital). Este programa es solo para la factura del hospital. Todos los seguros y terceros pagadores deben recibir la factura antes de solicitar el HCAP. La ayuda solo se puede proporcionar por la parte de la factura que el paciente tiene que pagar.

#### **Requisitos:**

Estar en o bajo el nivel federal de pobreza.

No ser beneficiario de Medicaid.

Vivir en el estado de Ohio.

### **HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES**

**Llame al 614-722-2070 o al 1-800-324-8680**

Healthy Start and Healthy Families (Comienzo Sano y Familias Saludables) ofrece cobertura de atención de salud gratuita o a bajo costo para familias, niños (de hasta 19 años) y mujeres embarazadas. La cobertura incluye consultas médicas, atención hospitalaria, servicios relacionados con el embarazo, medicamentos, servicios oftalmológicos, dentales, por consumo de sustancias, para salud mental y mucho más.

#### **Requisitos:**

Healthy Start (Comienzo Sano) para niños no asegurados en familias con ingresos de hasta un 206 % del nivel federal de pobreza (FPL, Federal Poverty Level).

Healthy Start (Comienzo Sano) para niños no asegurados en familias con ingresos de hasta un 156 % del nivel federal de pobreza (FPL, Federal Poverty Level).

### **PAUTAS DEL INGRESO DE POBREZA 2022**

Tamaño de la familia	Ingreso 100 % del FPL	Ingreso 150 % del FPL	Ingreso 200 % del FPL	Ingreso 300 % del FPL	Ingreso 400 % del FPL
1	\$13,590	\$20,385	\$27,180	\$40,770	\$54,360
2	\$18,310	\$27,465	\$36,620	\$54,930	\$73,240
3	\$23,030	\$34,545	\$46,060	\$69,090	\$92,120
4	\$27,750	\$41,625	\$55,500	\$83,250	\$111,000
5	\$32,470	\$48,705	\$64,940	\$97,410	\$129,880
6	\$37,190	\$55,785	\$74,380	\$111,570	\$148,760
Por cada persona adicional, sume	\$4,720	\$7,080	\$9,440	\$14,160	\$18,880

# NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

Solicitud de HCAP y ayuda financiera

Una aplicacion por separada DEBE ser enviada para cada paciente

Place Registration Sticker Here

Dia del Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:	Nombre del garante:
Dirección, ciudad y estado:	Número de teléfono:

- |  |               |  |
|--|---------------|--|
| 1) ¿El paciente vivía en Ohio al momento de recibir los servicios?                                     | Sí ___ No ___ |  |
| 2) ¿Era el paciente ciudadano de Estados Unidos al momento de recibir el servicio?                     | Sí ___ No ___ |  |
| 3) ¿El paciente tenía seguro médico al momento de recibir los servicios?                               | Sí ___ No ___ |  |
| 4) ¿El paciente era beneficiario activo de Medicaid al momento de recibir los servicios?               | Sí ___ No ___ |  |
| 5) ¿El paciente era beneficiario activo de Ayuda por discapacidad al momento de recibir los servicios? | Sí ___ No ___ |  |

Si respondió **sí** a las preguntas 3, 4 o 5 **adjunte una copia** de su seguro, Medicaid o tarjeta DA a esta solicitud.

**El ingreso incluye salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquiler, indemnización por desempleo, beneficios del Seguro Social, asistencia pública, etc. Los miembros de la familia son todos los que se indican a continuación, sin importar donde viven.**

Nombre del miembro de la familia	Edad	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos durante los 3 meses anteriores a la fecha del servicio	Ingresos durante los 12 meses anteriores a la fecha del servicio
			Paciente			
			Madre			
			Padre			

**Confirme la verificación de ingresos adjunta:**

- Copias de recibos de sueldo     Carta del empleador  
 No los puede proporcionar

**Si declaró un ingreso de \$0**, proporcione una breve explicación de cómo sobrevive financieramente usted (o el paciente).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadero.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Devuelva este formulario con los adjuntos a:**

**Nationwide Children's Hospital**  
**Patient Accounts – F.A. Dept**  
**700 Children's Drive**  
**Columbus, OH 43205**  
**614-722-2055**

**Envíe fax a: 614-355-2266**

**Envíe un correo electrónico a:**

**Children'sPatientAccounts@NationwideChildrens.org**