

RESUMEN EN LENGUAJE CLARO DE LA POLÍTICA Y LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Southern Ohio Medical Center ofrece atención gratuita o con descuento para servicios básicos médicamente necesarios a individuos que reúnen los requisitos para acceder al Programa de Asistencia Financiera o el Hospital Care Assurance Program (HCAP). Los pacientes deben usar todos los demás recursos, incluida la solicitud al Departamento de Servicios Familiares y Laborales local, antes de que pueda considerarse la asistencia financiera. La elegibilidad para recibir esta asistencia se basa en el ingreso bruto total (el dinero que se gana antes de impuestos) y la cantidad de dependientes de la familia. Cuando los pacientes elegibles reciban atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, no se les cobrará más que lo que suele facturarse a quienes tienen seguro. Para solicitar la asistencia, complete el siguiente formulario. **SI DESEA VERIFICAR SI REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA O SOLICITARLA EN LÍNEA, VISITE SOMC.MYFA.APP.** También puede visitar nuestro sitio web en www.SOMC.org o llamar al Departamento de Cuentas de Pacientes al 740-356-7638.

HCAP: ingresos anuales		Beneficencia: ingresos anuales		
Cantidad de integrantes de la familia/el hogar	Descuento del 100 %	Descuento del 100 %	Rango de descuento del 75 %	Rango de descuento del 66 %
1	Hasta \$15,060	Hasta \$30,120	\$30,121 a \$37,650	\$37,651 a \$45,180
2	Hasta \$20,440	Hasta \$40,880	\$40,881 a \$51,100	\$51,101 a \$61,320
3	Hasta \$25,820	Hasta \$51,640	\$51,641 a \$64,550	\$64,551 a \$77,460
4	Hasta \$31,200	Hasta \$62,400	\$62,401 a \$78,000	\$78,001 a \$93,600
5	Hasta \$36,580	Hasta \$73,160	\$73,161 a \$91,450	\$91,451 a \$109,740
6	Hasta \$41,960	Hasta \$83,920	\$83,921 a \$104,900	\$104,901 a \$125,880

Para las familias/los hogares de más de 6 integrantes, se suman \$10,760.00 por cada persona adicional para obtener el ingreso familiar que califica para acceder a la atención gratuita.

* Los descuentos entran en vigor el 1 de febrero de 2024

MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEPENDIENTES DE IMPUESTOS

Nombre (incluya también el suyo)	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
(Usted)		

- ¿El paciente era residente de Ohio en el momento del servicio? **Sí** ___ **No** ___
- ¿El paciente tenía un seguro médico o era un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?
Sí ___ **No** ___

Si la respuesta a la pregunta 2 fue **Sí**, incluya una copia de la tarjeta del seguro o de Medicaid con esta solicitud.

Si usted declara ingresos de \$0, explique de forma breve cómo sobrevive en términos financieros:

Los ingresos de 3 y 12 meses que se solicitan a continuación deben ser anteriores a la fecha del servicio provisto.

Número de cuenta	Nombre del paciente	Fecha del servicio	Ingresos de los 3 meses anteriores al servicio hospitalario	Ingresos de los 12 meses anteriores al servicio hospitalario	Ingresos de los últimos 6 meses

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadero y correcto.

Firma del solicitante

Fecha

Envíe este formulario a la siguiente dirección:
Southern Ohio Medical Center
1248 Kinneys Lane
Portsmouth, Ohio 45662
Fax: 740-356-7647

**Southern Ohio
Medical Center**

aquí están sucediendo cosas *mu*y buenas