



Fulton County Health Center

Gracias por escoger el Fulton County Health Center (FCHC) por sus necesidades de asistencia médica.

Incluida hay una solicitud para la ayuda financiera por servicios proveídos en el Fulton County Health Center. **Otros proveedores que desempeñan servicios en Fulton County Health Center, pero no se cubren debajo de esta póliza, incluyen: Patología, Radiología, Médicos de la Sala de Emergencia, Anestesia, y Cuidado de Heridas).

Por favor, que esté consciente de que los Consejero(s) Financiero(s) pueden pedirle la información siguiente para procesar su solicitud financiera para darle el mejor beneficio a usted.

Obligatorio para el procesamiento:

- TODAS las preguntas deben estar contestadas.
- Enumera todos los miembros de familia que viven en la casa con el paciente, sus edades, y su relación al paciente
- Todas las líneas de INGRESOS deben estar llenadas (incluye 3 meses y/o 12 meses) antes de la fecha del servicio
- Copias del ingreso actual y los impuestos del año previo
- ¿Usted tiene una cuenta HSA (cuenta de ahorros para la salud) o una cuenta FSA (cuenta flexible de gastos)? Usted debe proveir el extracto más reciente mostrando el saldo disponible
- Si se declara CERO INGRESOS, usted DEBE incluir una declaración de cómo está sobreviviendo financieramente
- La solicitud debe estar **FIRMADA** y **FECHADA POR EL PACIENTE** a menos que el paciente es un dependiente/ ha fallecido/ tiene un poder notarial.

Pedido adicional: (se puede solicitar para más programas financieros)

- Ha solicitado Medicaid
- Adjunte copias actuales de todas las facturas médicas (Médicas, Recetas, Dental y Visión)
- Deuda a Ingresos

Su respuesta rápida en completar y devolver su solicitud financiera ayudará evitar las facturaciones futuras y/o el recobro potencial de los impagados.

Por favor que llame a la Financial Counseling Office (la Oficina de Consejos Financieros) con cualquier pregunta, para hacer la cita o para recibir ayuda en rellenar su solicitud. Podemos estar contactados los lunes – los viernes (8:00am a 4:30pm) por llamada a **419-330-2669 (opción #2)**.

Usted puede rellenar y entregar su solicitud:

En línea: www.fultoncountyhealthcenter.org

Email: cashiers@fulhealth.org

Fax: 419-330-2686

Fulton County Health Center

Attn: Financial Counseling

725 South Shoop Avenue

Wauseon, Ohio 43567

MIEMBROS DE LA FAMILIA	HCAP	CARIDAD	MIEMBROS DE LA FAMILIA	HCAP	CARIDAD	300% Índice Federal de Pobreza	400% Índice Federal de Pobreza
1	15,650	30,120	1	15,650	31,300	46,950	62,600
2	21,150	40,880	2	21,150	42,300	63,450	84,600
3	26,650	51,640	3	26,650	53,300	79,950	106,600
4	32,150	62,400	4	32,150	64,300	96,450	128,600
5	37,650	73,160	5	37,650	75,300	112,950	150,600
6	43,150	83,920	6	43,150	86,300	129,450	172,600
7	48,650	94,680	7	48,650	97,300	145,950	194,600
8	54,150	105,440	8	54,150	108,300	162,450	216,600

Fecha de servicio:

17/1/2025 – 12/1/2026

Añada \$5,550 para cada persona
adicional si la familia tiene más
que 8 miembros.

Fecha de servicio:

13/1/2026 – Presente

Añada \$5,680 para cada persona
adicional si la familia tiene más
que 8 miembros.

FULTON COUNTY HEALTH CENTER
CASHIER OFFICE
725 SOUTH SHOOP AVENUE
WAUSEON, OH 43567
419-330-2669 opción 2

HORARIO de OFICINA: lunes – viernes 8:00 AM - 4:30 PM

SOLICITUD PARA HCAP / PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente:		Fecha:																																					
Nombre del garante:		Teléfono:																																					
Dirección:		Email:																																					
Ciudad / Estado / Código Postal		Condado:																																					
¿Era Ud. Un recipiente activo de Medicaid en la fecha de su servicio del hospital? <i>Si contestó que SÍ, escriba su " Medicaid recipient ID number" _____</i>			Sí _____ No _____																																				
¿Tuvo Ud. seguro médico (además de Medicaid) en la fecha de su servicio del hospital? <i>Si la respuesta es SÍ: Compañía de Seguro: _____ Asegurado: _____ Numero de Póliza: _____</i>			Sí _____ No _____																																				
¿Health Savings Account (Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos) / Flexible Spending Account (Cuenta Flexible de Gastos)? <i>Si la respuesta es SÍ: Saldo: _____</i>			Sí _____ No _____																																				
<p>1. Por favor, provea la información siguiente para todas las personas en su familia inmediata que viven en la casa con Ud. Para HCAP, la familia se define como el paciente, su cónyuge, y todos los hijos del paciente que tienen menos de 18 años (niños biológicos o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente tiene menos de 18 años, la familia incluye el paciente, sus padres biológicos o adoptivos, y los hijos de los padres (biológicos o adoptivos) que tienen menos de 18 años que viven en la casa del paciente.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 40%;">Relacion con el paciente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Relacion con el paciente																																
Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Relacion con el paciente																																				
Total de personas en la familia:																																							
2. Total de los ingresos BRUTOS de la familia de los 3 meses antes de la fecha de servicio:	\$	\$	\$ TOTAL: \$																																				
3. Total de los ingresos BRUTOS de la familia de los 12 meses antes de la fecha de servicio:		hasta	Ingreso TOTAL: \$																																				
4. Ingresos brutos actuales de la familia de ----->	Semana: \$	Mes: \$	Anual: \$																																				
<p>Obligatorio:</p> <p>Si Ud. declara un ingreso de \$0, por favor provea abajo una explicación breve de cómo Ud. (el paciente) está sobreviviendo financieramente.</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>																																							
<p>Con mi siguiente firma, yo certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier adjunto es la verdad.</p> <p>X _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center;">(Firma del solicitante)</p>																																							

Nombre del Paciente: _____

Citas:

Número de Cuenta	Fecha de Servicio	Número de Cuenta	Fecha de Servicio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Devuelva esta solicitud a:
cashiers@fulhealth.org
Fax: 419-330-2686

HORARIO DE OFICINA:
Lunes - Viernes 8:00 am - 4:30 pm

Fulton County Health Center
Cashier Office
725 South Shoop Avenue
Wauseon, OH 43567
419-330-2669 Opción 2