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

recobro potencial de los impagados.

hacer la cita o para recibir ayuda en rellenar su solicitud. Podemos estar contactados los lunes – los viernes (8:00am

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
1	15,650	30,120
2	21,150	40,880
3	26,650	51,640
4	32,150	62,400
5	37,650	73,160
6	43,150	83,920
7	48,650	94,680
8	54,150	105,440

Fecha de servicio:
17/1/2025 – 12/1/2026
Añada $5,550 para cada persona adicional si la familia tiene más que 8 miembros.

MIEMBROS DE LA FAMILIA	HCAP	CARIDAD	300% Índice Federal de Pobreza	400% Índice Federal de Pobreza
1	15,960	31,920	47,880	63,840
2	21,640	43,280	64,920	86,560
3	27,320	54,640	81,960	109,280
4	33,000	66,000	99,000	132,000
5	38,680	77,360	116,040	154,720
6	44,360	88,720	133,080	177,440
7	50,040	100,080	150,120	200,160
8	55,720	111,440	167,160	222,880

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 Posta		Condado:	
¿Era Ud. Un recipiente activo de **Medicaid** en la fecha de su servicio del hospital? *Si contestó que* ***Sí,*** *escriba su "**Medicaid recipient ID number**"* _____			Sí _____ No _____
¿Tuvo Ud. seguro médico (además de Medicaid) en la fecha de su servicio del hospital? *Si la respuesta es* **Sí***: Compañía de Seguro* :_____Asegurado:_____Número de			Sí _____ No _____
¿Ud. era residente de Ohio en el momento que recibió los servicios del hospital?			Sí _____ No _____

Fecha(s) del Servicio Hospitalario: **Desde:** **Hasta:**

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.

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: $

Obligatorio:

Si Ud. declara un ingreso de $0, por favor provea abajo una explicación breve de cómo Ud. (el paciente) está sobreviviendo financieramente.

Con mi siguiente firma, yo certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier adjunto es la verdad.

X_____ Fecha:_____

(Firma del solicitante)

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