



## Asistencia Financiera

Southwest General Health Center ofrece una variedad de programas para ayudarle con el pago de sus facturas médicas. Si usted era residente del estado de Ohio y su situación cumple con los requisitos de elegibilidad familiar y financiera que aparecen a continuación, su factura de atención médica de emergencia o medicamento necesaria puede tener una rebaja según la política de Asistencia financiera de Southwest General (Southwest General Financial Assistance Policy).

<b>Límites federales de pobreza 2023</b>			
<b>Tamaño de la familia</b>	<b>Directrices federales de pobreza 100%</b>	<b>Directrices federales de pobreza 101%-250%</b>	<b>Directrices federales de pobreza 251%-400%</b>
1	\$14,580	\$36,450	\$58,320
2	\$19,720	\$49,300	\$78,880
3	\$24,860	\$62,150	\$99,440
4	\$30,000	\$75,000	\$120,000
5	\$35,140	\$87,850	\$140,560
<b>Miembros de la familia adicionales</b>	\$5,140	\$12,850	\$20,560
	<b>100% de descuento</b>	<b>100% de descuento</b>	<b>Tarifas de AGB</b>

La definición de “familia” incluirá:

**Si el paciente es mayor de 18 años de edad**, a los padres, a su cónyuge y a todos sus hijos, naturales o adoptados, menores de dieciocho años de edad que vivan en el hogar.

**Si el paciente es menor de dieciocho años de edad**, la “familia” incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente (sin importar si viven en casa) y a los hijos del paciente, naturales o adoptados, menores de dieciocho años de edad que vivan en el hogar.

Si parece que usted podría ser elegible para recibir asistencia de las agencias federales y estatales, usted tiene que presentar una solicitud a estas agencias antes de que su solicitud de asistencia financiera finalice.

### **Comuníquese con nosotros:**

Si considera que puede ser elegible para recibir asistencia financiera, complete el formulario de solicitud y envíelo con la verificación de ingresos a la siguiente dirección:

Parallon  
P.O. Box 291569  
Nashville, TN 37229-1569

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro departamento de atención al cliente llamando al:**

(844) - 902-3811, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

**O BIEN,**

con Autorización Financiera llamando al:

(440) - 816-4701 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.



# Solicitud de Asistencia Financiera a Southwest General Healthcare



**Si cree que puede calificar para recibir asistencia financiera, complete esta solicitud. Toda la solicitud, incluida la firma, debe estar completa para ser considerada.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

✓ ¿Era residente de Ohio en esta fecha del servicio?  Sí  No

✓ ¿Tiene algún seguro de salud que cubra estos servicios?  Sí  No  
Si tiene, ingrese la información siguiente y adjunte una copia de la tarjeta del seguro

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

✓ ¿Es elegible para COBRA?  Sí  No

✓ ¿Tiene beneficios de Medicaid?  Sí  No

Si tiene, ingrese el n.º de facturación: \_\_\_\_\_  
y adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid.

✓ Tiene un:  Acuerdo de reembolso médico  Cuenta de ahorros médicos  
 Cuenta de gastos flexibles

Enumere a todos los miembros de su familia a continuación. Incluya a padres, cónyuges (independientemente de si viven en el hogar) e hijos (naturales o adoptivos) menores de 18 años que viven en el hogar junto con el paciente. Incluya copias de verificaciones de los ingresos, tales como talones de pago, determinaciones del seguro social, compensaciones laborales, devoluciones impositivas o llame al departamento de facturación de Southwest al (844)-530-1996 o al (440)816-4701 para analizar otra evidencia que pueda proporcionar para demostrar la elegibilidad.

Familiares del paciente	Edad	Relación con el paciente	Fuentes de ingresos o nombre del empleador	Ingresos de 3 meses anteriores a la fecha del servicio	Ingresos de 12 meses anteriores a la fecha del servicio
(Paciente:)		Usted mismo			

**Si informó \$0.00 de ingresos más arriba, proporcione una breve explicación acerca de cómo usted (o el paciente) sobrevivió financieramente durante el período solicitado más arriba:** \_\_\_\_\_

Al firmar certifico, según mi leal saber y entender, que las respuestas en esta solicitud son verdaderas. Comprendo que es ilícito enviar información falsa intencionalmente para obtener beneficios del gobierno. También comprendo que otras partes pueden confiar en la información que proporciono aquí. Por el presente, las autorizo a hacerlo.

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_