

TriHealth Financial Assistance/HCAP Application
 Solicitud de Asistencia financiera/HCAP de TriHealth

Proof of Income Required with Application

Comprobante de ingreso exigido con la solicitud



Patient/Guarantor Info
 Datos del paciente/garante

Dates of service
 Fechas del servicio

Date of Birth
 Fecha de nacimiento

Phone
 Teléfono

Social Security Number
 Número de Seguro social

Address
 Dirección

City
 Ciudad

State
 Estado

Zip
 Código postal

Marital Status (circle one):

Estado civil (encierre en un círculo una opción):

Single
 Soltero(a)

Married
 Casado(a)

Separated
 Separado(a)

Divorced
 Divorciado(a)

Widowed
 Viudo(a)

Do you have health insurance?/¿Tiene seguro de salud?
 YES/SÍ NO

Have you applied for Medicaid?/¿Ha solicitado Medicaid?
 YES/SÍ NO

If Yes, list the name of your insurance plan/Si responde "Sí", mencione su plan de salud

The following information must be provided for all people in your immediate family who live in your home. For purposes of this application, "Immediate Family" is defined as the parent(s), Patient's spouse (regardless of whether they live in the home, and all of the Patient's children under 18 (natural or formal adoption) who live in the Patient's home.

Debe proporcionar la siguiente información sobre cada miembro de su familia inmediata que viva en su hogar. A los fines de esta solicitud, "familia inmediata" se define como los padres, el cónyuge del paciente Independientemente de que viva o no en la misma casa) Y todos los hijos del paciente que sean menores de 18 años (naturales o adoptados formalmente) y que vivan en la casa del paciente.

First Name Nombre	Last Name Apellido	Date of Birth Fecha de nacimiento	Social Security Number Número de Seguro social	Relationship to You (Circle one) Relación con usted (encierre en un círculo una opción)			Income Ingresos	Type of Income (LIST ALL) (Wages, Social Security, Retirement, etc.) Tipo de ingresos (ENUMÉRELOS TODOS) (Salarios, Seguridad Social, Retiro, etc.)
				PATIENT PACIENTE			YES NO SÍ NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SÍ NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SÍ NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SÍ NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SÍ NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SÍ NO	

REQUIRED OBLIGATORIO

Please provide proof of income and list total gross **family** income (income before taxes) below:

*Proporcione evidencia de los ingresos y enumere el ingreso bruto total **familiar** (ingresos antes de impuestos) a continuación:*

3 calendar months prior to the date of service: \$ _____

3 meses calendario antes de la fecha del servicio: \$ _____

12 calendar months prior to the date of service: \$ _____

12 meses calendario antes de la fecha del servicio: \$ _____

If you list your income as 0\$, please provide a brief explanation regarding how you are being supported to meet your daily needs.

Si describe su ingreso como de \$0, proporcione una explicación breve respecto de cómo se mantiene para satisfacer sus necesidades diarias.

This document is legal and binding. Please include documentation to support the income information you have provided. Your signature attests that, to your knowledge, the information provided is accurate.

Este documento es legal y vinculante. Por favor, incluya documentación para respaldar la información de ingresos que haya proporcionado. Su firma a continuación atestigua que, a su leal entender, la información proporcionada es exacta.

Signature / Firma

Date / Fecha

Account Number(s):

Número(s) de cuenta(s):

Mail completed application and proof of income to:

Envíe la solicitud completa y los comprobantes del Ingreso por correo postal a:

Financial Assistance, TriHealth Inc., P.O. BOX: 639461 Cincinnati, OH 45263-9461
<http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>