

Hospital Comunitario del Municipio Conjunto del Condado de Mercer
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/HCAP (FAP)

Form 332 01/2026

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de aplicación: _____

Nombre del solicitante, si no es paciente: _____ Número de seguro social del paciente: _____

A mi leal saber y entender, doy fe de que la información que proporcioné en esta solicitud es completa y precisa.

FIRMA DEL APLICANTE

FECHA

(Responda las siguientes preguntas según se apliquen al paciente).

CALLE: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO #: _____

FECHA(S) DE SERVICIO HOSPITALARIO: _____

¿Era residente de Ohio en el momento del servicio hospitalario? Sí ___ No ___ **(Debe ser residente de Ohio para calificar).**

¿Tienes algún seguro de salud? (ejemplo: Medicare, Comercial, Medicaid, Accidente) Sí ___ No ___

Indique el nombre de la compañía de seguros de salud: _____

¿Cuándo fue la última vez que solicitó asistencia de Medicaid de Ohio? _____ (si califica para recibir atención gratuita, debe haber solicitado y se le ha denegado la asistencia de Medicaid).

Enumere todos los miembros de la familia inmediata del paciente: Madre(s) y Padre (s) del paciente **(si el paciente es menor de 18 años)**, esposa/o del paciente **(si es legalmente casada al momento del servicio)**, y todos los hijos naturales o adoptados menores de 18 años.

Nombre	Años	Relación con la paciente	Ingresos brutos de los 3 meses anteriores al servicio hospitalario*	Ingresos brutos durante los 12 meses anteriores al servicio hospitalario*
(paciente)		Uno mismo	\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
Total de personas en la familia		Ingresos familiares brutos totales	\$	\$

***Se debe adjuntar una verificación de ingresos brutos correspondiente a las 13 semanas y/o 12 meses anteriores a la fecha del servicio.** La verificación de ingresos brutos puede incluir: copias de talones de cheques de pago, declaración del empleador, declaraciones de impuestos sobre la renta si trabaja por cuenta propia, W-2 si los servicios al final del año, o cualquier otro documento que contenga información de ingresos para el período de tiempo apropiado (propiedad de alquiler, ingresos del Seguro Social, pensión alimenticia, interés, estado de ganancias/pérdidas, etc.).

Si informó un ingreso de \$0, proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) sobrevive económicamente.

(NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA)

Date Application Received _____

These guidelines below apply to services on or after 1/13/2026.

*A pesar de los descuentos de la escala móvil, el monto adeudado por los pacientes elegibles bajo la FAP de Mercer Health no será mayor que el monto que Mercer Health generalmente factura a los pacientes que tienen Medicare tradicional o cobertura de seguro médico privado por dicha atención.

2026 FEDERAL POVERTY INCOME GUIDELINES (FR 1/15/2026)

Tamaño de la familia	Atención gratuita	50% de descuento*	40% de descuento*	30% de descuento*	20% de descuento*	10% de descuento*
1	\$15,960 o menos	\$15,961 - \$19,152	\$19,153 - \$22,344	\$22,345 - \$25,536	\$25,537 - \$28,728	\$28,729 - \$31,920
2	\$21,640 o menos	\$21,641 - \$25,968	\$25,969 - \$30,296	\$30,297 - \$34,624	\$34,625 - \$38,952	\$38,953 - \$43,280
3	\$27,320 o menos	\$27,321 - \$32,784	\$32,785 - \$38,248	\$38,249 - \$43,712	\$43,713 - \$49,176	\$49,177 - \$54,640
4	\$33,000 o menos	\$33,001 - \$39,600	\$39,601 - \$46,200	\$46,201 - \$52,800	\$52,801 - \$59,400	\$59,401 - \$66,000
5	\$38,680 o menos	\$38,681 - \$46,416	\$46,417 - \$54,152	\$54,153 - \$61,888	\$61,889 - \$69,624	\$69,625 - \$77,360
6	\$44,360 o menos	\$44,361 - \$53,232	\$53,233 - \$62,104	\$62,105 - \$70,976	\$70,977 - \$79,848	\$79,849 - \$88,720

Add \$5,680 for each additional person over six./Agregue \$5,500 por cada persona adicional mayor de seis años

FAMILY SIZE:/ Tamaño de la familia: _____

GROSS INCOME(3 month/12 month):/ INGRESO BRUTO (3 meses/ 12 meses):_____

APPROVED HCAP / APPROVED CHARITY CARE / HCAP APROBADO / ATENCIÓN DE CARIDAD APROBADA _____%

DENIED / DENEGADO

Letter Sent/ Carta Enviada _____

REPRESENTATIVE/ REPRESENTANTE _____

DATE/ FECHA _____ Date Range Approved/ Intervalo de fechas aprobado _____