



Summa Rehab Hospital

A partnership with Vibra Healthcare

Solicitud de asistencia financiera de Summa Rehab Hospital
Programa de caridad de Summa Rehab Hospital
Programa de descuento para pacientes sin seguro

Por favor, ingrese toda la información en letra de imprenta

Formulario de datos personales y laborales. Incluye campos para nombre del paciente, número de seguro social, fecha de nacimiento, dirección física, ciudad, estado, código postal, número de teléfono, situación laboral, y preguntas sobre residencia y asistencia en el momento del servicio.

La "familia" incluye al paciente, su cónyuge \*(independientemente de que viva en el hogar) y todos los hijos del paciente, ya sean naturales o adoptivos, menores de 18 años que vivan en el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, la "familia" incluirá al paciente, a sus padres naturales o adoptivos, \*(independientemente de que vivan en el hogar), y a los hijos de los padres menores de 18 años que vivan en el hogar.

Tabla con 5 columnas: Nombre de un miembro de la familia, Fecha de nacimiento, Relación con el paciente, Ingresos brutos recibidos en los tres meses anteriores al mes del servicio, Fuente de ingresos o nombre del empleador. Incluye filas para paciente, cónyuge y un total de personas e ingresos familiares.

DECLARACIÓN DE NO INGRESOS:

Proporcione una breve declaración de cómo se atendieron las necesidades básicas de alimentación/alojamiento en los tres meses anteriores a la fecha del servicio.

\*Se requiere el ingreso del cónyuge o padre que no vive en el hogar a menos que el cónyuge o padre ausente no contribuya al hogar; utilice el bloque INGRESOS para documentar "No contribuye".

\*\*La verificación de ingresos incluye, sin limitación, copias del total de los salarios antes de los impuestos, pensión, SSI/SSD/beneficios por desempleo, pensión alimenticia, manutención de niños (si el niño es el paciente), beneficios para veteranos, distribuciones de una cuenta de jubilación (IRA), 401 (k), 401 (b).

Si usted recibe beneficios del Seguro Social o por incapacidad, se puede presentar una carta de verificación de ingresos o su formulario 1099 más reciente. Se puede obtener una carta de verificación llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Yo, el abajo firmante, he proporcionado la información anterior para que se considere la posibilidad de recibir asistencia financiera a través del Summa Rehab Hospital.

Según mi leal saber y entender, afirmo que esta información es verdadera y precisa.

Comprendo que Summa Rehab Hospital se reserva el derecho de modificar o cancelar este programa de conformidad con las reglas del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés).

X (SÓLO EL PACIENTE O UN REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE DEBE FIRMAR PARA QUE LA SOLICITUD SEA VÁLIDA) (FECHA)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL/DEPT., O AGENCIA) (FECHA)