



Lista de verificación para la solicitud de asistencia financiera de Summa:

Utilice esta lista de verificación para asegurarse de incluir la documentación obligatoria en su solicitud de asistencia financiera.

La identificación con fotografía y la verificación de ingresos son obligatorias para todos los integrantes de la familia que se incluyen en la definición de "Familia" en la solicitud.

Identificación:

- ☐ Identificación con fotografía/Licencia de conducir/Pasaporte
- ☐ Comprobante de residencia en Ohio (factura de servicios, televisión por cable, teléfono, carta del propietario, estado de cuenta hipotecaria)

Comprobante de otras coberturas de salud: Incluya la documentación con la solicitud.

- ☐ Seguro médico (beneficios para veteranos, Medicare, Medicaid, seguro privado)
- ☐ Compensación laboral
- ☐ Cobertura médica por accidente vehicular

Verificación de ingresos: **Debe incluir el nombre del empleado/destinatario**

Desempleado/a, ingresos de \$0.

- ☐ Una declaración sobre cómo se cubrieron las necesidades básicas de alimentación/vivienda los 3 meses previos a la fecha del servicio.

Desempleado/a, cobra beneficios por desempleo.

- ☐ Registros de cobro de beneficios por desempleo de los 3 meses previos a la fecha del servicio

Trabajadores autónomos/Formulario 1099 (**Incluya uno de los siguientes**)

- ☐ La declaración de impuestos más reciente, incluyendo el Anexo C y el formulario 1099 (**en caso de haber solicitado una prórroga, se acepta la declaración de impuestos del año anterior hasta junio del año en curso**)
- ☐ Constancia emitida por el empleador si el pago proviene de una empresa o una persona física, y los extractos bancarios de los 6 meses previos a la fecha del servicio.

Empleo tradicional/Formulario W2 (**Incluya uno de los siguientes**)

- ☐ Si cobra de forma semanal: 12 recibos de sueldo previos a la fecha del servicio
- ☐ Si cobra dos veces al mes: 6 recibos de sueldo previos a la fecha del servicio
- ☐ Si cobra en efectivo o cheque personal: Una carta del empleador y los extractos bancarios de los 3 meses previos a la fecha del servicio
- ☐ La declaración de impuestos más reciente, el formulario W2 y los extractos bancarios de los 3 meses previos a la fecha del servicio (**en caso de haber solicitado una prórroga, se acepta la declaración de impuestos del año anterior hasta junio del año en curso**)

Jubilado/a

- ☐ Jubilación por Seguridad Social o beneficios de ingresos suplementarios
* Se puede obtener una carta de verificación llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213*
- ☐ Distribuciones de cuentas por jubilación o pensión (IRA, 401k, 403b)

Verificación de otros ingresos: **Debe incluir el nombre del beneficiario**

- ☐ Pensión alimentaria
- ☐ Manutención de un niño *solo si el niño es el solicitante/paciente*
- ☐ Otro (ingresos por alquiler, etc.)
- ☐ Compensación por discapacidad para veteranos
- ☐ Beneficios por discapacidad del Seguro Social o para sobrevivientes
* Se puede obtener una carta de verificación llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213*



DATOS DE PT



Solicitud de asistencia financiera

- ☐ Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio (HCAP)
☐ Programa de Asistencia Financiera Sanitaria

Escriba toda la información en letra de imprenta

Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)		N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección, ciudad, estado, código postal			Teléfono de contacto durante el día
Fecha del servicio	Número de cuenta del hospital	¿Tiene seguro? ☐ Sí ☐ No	☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a*
Situación laboral en el momento de la prestación del servicio: ☐ Empleado/a ☐ Jubilado/a ☐ Desempleado/a			
¿Era residente de Ohio en el momento de la prestación del servicio hospitalario? ☐ Sí ☐ No			
¿Era beneficiario/a activo/a de Medicaid en el momento de la prestación del servicio hospitalario? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el número de facturación de Medicaid: _____			
¿Era beneficiario/a activo/a de una ayuda por discapacidad en el momento de la prestación del servicio hospitalario? ☐ Sí ☐ No			
Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre)		N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Situación laboral del cónyuge en el momento de la prestación del servicio: ☐ Empleado/a ☐ Jubilado/a ☐ Desempleado/a			

Por "familia" se entiende al paciente, el cónyuge del paciente ***(independientemente de que viva o no en el domicilio)** y todos los hijos del paciente, naturales o adoptivos, **menores de 18 años que vivan en el domicilio**. Si el paciente es menor de 18 años, la "familia" incluirá al paciente, a sus padres naturales o adoptivos ***(independientemente de que vivan o no en el domicilio)** y a los hijos menores de 18 años de los padres que vivan en el domicilio.

Nombre del familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Ingresos brutos percibidos en los tres meses anteriores al mes de la prestación del servicio (Si es cero, debe completar la declaración de ingresos de \$0 a continuación)	Fuente de ingresos o nombre del empleador
(Paciente)		(Paciente mismo)		
Total de personas en la familia:			Ingresos familiares totales:	

Declaración de ingresos de \$0: _____
Indique brevemente cómo se cubrieron las necesidades básicas de alimentación y vivienda en los tres meses anteriores a la fecha de prestación del servicio

*Se requieren los ingresos del cónyuge o progenitor que no viva en el hogar, a menos que el cónyuge o progenitor ausente no contribuya a la economía familiar. Utilice el bloque INGRESOS para documentar "No contribuye".
La verificación de ingresos incluye, entre otros, copias del salario total antes de la deducción de impuestos, pensión, beneficios de SSI/SSD/desempleo, pensión alimenticia, manutención de los hijos (si el niño es el paciente), beneficios para veteranos, distribuciones de una cuenta de jubilación (IRA), 401(k) y 403(b).
Si percibe beneficios del Seguro Social o por incapacidad, 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, proporcioné la información anterior para que se me considere elegible para recibir asistencia financiera a través de Summa Health System; y a mi leal saber y entender, declaro que esta información es verdadera y exacta; y entiendo que se trata de fondos federales y acepto la responsabilidad de su uso en mi nombre; y entiendo que Summa Health System se reserva el derecho de modificar o cancelar este programa de acuerdo con las normas del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS).

X _____
(EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL DEBEN FIRMAR PARA QUE LA SOLICITUD SEA VÁLIDA)

X _____
(FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL/DPTO. O AGENCIA)

(FECHA)

(FECHA)

Declaración de política

Summa Health System se compromete a proporcionar asistencia financiera que responda a las necesidades de la comunidad, independientemente de su raza, edad, género, color, origen étnico, nacionalidad, ciudadanía, idioma principal, religión, discapacidad, minusvalía, educación, situación laboral o académica, disposición, parentesco, cobertura de seguro, posición en la comunidad o cualquier otro factor diferenciador discriminatorio. La Asistencia Financiera Sanitaria ("HFA") es un programa financiado en su totalidad por Summa Health System. Brinda cobertura a los pacientes sin seguro médico y a los que solo tienen una cobertura parcial (es decir, personas sin seguro o con un seguro insuficiente) que cumplen los requisitos de ingresos y otros criterios de elegibilidad.

Participación en el mercado (bolsa) de seguros médicos

- Si un paciente opta por no participar en el mercado o la bolsa, la asistencia financiera podría no prorrogarse hasta que lo haga. Las excepciones a esta política son los pacientes dados de alta y enviados a un centro de enfermería especializada (SNF), los pacientes fallecidos sin patrimonio y los pacientes que documentaron no tener hogar.
- Es posible que se ofrezca asistencia financiera sanitaria una vez que el paciente cumpla los requisitos del seguro.

INGRESOS ANUALES					
Tamaño de la familia	HCAP 100% de las Pautas Federales de Ingresos Descuento del 100%	Organización benéfica 101-250% de las Pautas Federales de Ingresos Descuento del 100%		Organización benéfica 251-400% de las Pautas Federales de Ingresos Importe generalmente facturado en función de reclamaciones = 86% de descuento	
1	\$15,960	\$15,961	\$39,900	\$39,901	\$63,840
2	\$21,640	\$21,641	\$54,100	\$54,101	\$86,560
3	\$27,320	\$27,321	\$68,300	\$68,301	\$109,280
4	\$33,000	\$33,001	\$82,500	\$82,501	\$132,000
5	\$38,680	\$38,681	\$96,700	\$96,701	\$154,720
6	\$44,360	\$44,361	\$110,900	\$110,901	\$177,440
7	\$50,040	\$50,041	\$125,100	\$125,101	\$200,160
8	\$55,720	\$55,721	\$139,300	\$139,301	\$222,880

En el caso de familias/hogares con más de 8 personas, se debe añadir \$5,680 por cada persona adicional.

En vigor para los servicios a partir del 01/01/2026

Por "familia" se entiende el paciente, su cónyuge (independientemente de que viva o no en el domicilio) y todos los hijos del paciente, naturales o adoptivos, menores de 18 años que vivan en el domicilio. **Si el paciente es menor de 18 años**, los hijastros y los nietos, a menos que hayan sido adoptados legalmente, no se cuentan en la familia a efectos de estos programas.

La política completa está disponible en summahealth.org/patientvisitor.

Summa Health System – Patient Account Services

P.O. Box 2090
Akron, OH 44398-6153



Summa Health System – Akron Campus • Summa Health System – Barberton Campus