

Nombre del Paciente: _____ Numero de Seguridad Social # _____
 Numero de Teléfono de la casa: _____ Teléfono Cedular: _____

DSH ELIGIBILITY

El día de servicio fue por accidente de automóvil/carro? _____

Ganancias/Ingresos/Salario:

Que fue las ganancias para el año pasado? \$ _____

Que fue las ganancias para los pasado 3 meses antes del mes de servicio? \$ _____

Que fue las ganancias para los próximo 3 mese después del mes de servicio? \$ _____

Estimado corriente de las ganancias para el mes: \$ _____

Recurso:

Balance de Cuenta de Cheque \$ _____ Balance de Cuenta de Ahorros \$ _____

Miembros del Hogar:

Nombre	Relación	Edad

Household Size	Resource Limit	100% of the Poverty Level	100% of the Poverty Level
1	\$2,000	\$1,041.00	\$12,492.00
2	\$4,000	\$1,409.00	\$16,908.00
3	\$4,050	\$1,778.00	\$21,336.00
4	\$4,100	\$2,146.00	\$25,752.00
5	\$4,150	\$2,514.00	\$30,168.00

SI NO TIENES GANACIAS POR FAVOR PON LA INICIAL AQUI: _____

1. esta embarazada la paciente Si No
2. es el paciente discapacitado Si No
3. ¿Es el paciente un residente de Kentucky? Si No

19. Recursos Contables:

	Nombre del Banco	Balance/Valor
a. Cuentas de cheques:		
b. Cuentas de ahorros:		
c. Mercado de valores:		
d. Fondo común de inversión:		
e. Acciones:		
f. Bonos:		
g. Otros:		
*Total de deudas por facturas de salud:		
*Total de recursos:		

* Para determinar la elegibilidad, a los recursos contables se les restarán los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

20. Otra información: a. ¿La fecha de servicio estuvo relacionada con un accidente automovilístico? Sí No
 b. ¿Usted ha solicitado y se le han denegado los beneficios de Medicaid o KCHIP? Sí No

Sección 2: Criterios del Hospital con respecto al Cuidado para Indigentes

1. El individuo tiene que cumplir con todas y cada una de las siguientes condiciones:
- a. El individuo es un residente de Kentucky
 - b. El individuo **no es elegible** para Medicaid o KCHIP
 - c. El individuo **no tiene** cobertura de un pagador a terceros
 - d. El individuo **no está** bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de atención médica urgente

2. Todos los ingresos de una unidad familiar serán contados y una unidad familiar incluye:
- a. El individuo;
 - b. El cónyuge del individuo que vive en el hogar;
 - c. Uno de los padres o ambos padres de un menor de edad, que vive en el hogar;
 - d. Todos los menores de edad que viven en el hogar.
3. Otros miembros del hogar ya sean parientes o no, y que no pertenecen a ninguna de las categorías mencionadas anteriormente deberán ser considerados como una unidad familiar independiente.
4. Los recursos contables son limitados a dinero en efectivo, cuentas de cheque y cuentas de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósito y cuentas de mercado monetario.
5. Para determinar la elegibilidad, a los recursos contables se les pueden restar los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

Sección 3: Certificación de la Fidelidad de Información

Por este medio acepto suministrarle al hospital toda la información necesaria que les permita determinar la necesidad que tengo de recibir asistencia financiera para los servicios de atención de salud recibidos. Estoy de acuerdo en que se le proporcione al hospital o que este pueda obtener todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos actuales, mi situación laboral y recursos, y que el hecho de no entregar la información necesaria dentro de un plazo de treinta (30) días hábiles es motivo de denegación de mi solicitud de ayuda. También estoy de acuerdo en notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, situación laboral o ingreso.

Estoy de acuerdo en permitir que el representante del Hospital determine mi elegibilidad y que busque asistencia estatal y federal con Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información al aceptar asistencia, podría estar sujeto a juicio por fraude. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si estoy insatisfecho con cualquier acción tomada acerca de mi solicitud. Entiendo que tengo que comunicarme con el hospital para solicitar una audiencia.

Firma del Individuo o Parte Responsable

Fecha

Firma del Empleado del Hospital

Fecha

¿El individuo parece cumplir con los requisitos de Medicaid? Sí No

Si responde Sí, entonces remitir al individuo a la oficina del DCBS del condado de residencia del individuo. El individuo debe llevar consigo una copia de este formulario a la oficina del DCBS.