

Estimado paciente:

La ciudad de Cincinnati entiende que ocuparse por cuentas médicas inesperadas puede ser difícil. Si usted no puede pagar todo o una parte de su cuenta de la ambulancia, y desea solicitar ayuda financiera, complete en letra de molde su Aplicación de Ayuda Financiera de la Ciudad de Cincinnati. Proporcionamos ayuda financiera completa o parcial a personas cuyos ingresos familiares están por debajo de las pautas de ingresos explicada a continuación.

**DIRECTRICES DE INGRESOS EL AÑO 2026**

MIEMBROS EN LA FAMILIA	INGRESOS ANUALES
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720

\*Para familias mayores de 8 personas, añada \$5,680 adicionales por cada miembro de la familia.

Usted puede ser elegible para la ayuda financiera, debe proporcionar la solicitud completada de ayuda financiera de la ciudad de Cincinnati, junto con una copia de por lo menos uno de los documentos de evidencia de la sección de ingresos en la parte posterior de esta carta. Esta aplicación debe ser completada con una firma válida y enviada a la siguiente dirección:

City of Cincinnati EMS  
 Attn: Financial Assistance  
 430 Central Ave  
 Cincinnati, OH 45202

Una vez recibida, la misma será procesada y le notificaremos por escrito de nuestra determinación.

Si usted tiene preguntas, llame por favor al (513) 352-4895. Si usted cree que usted no es elegible para ayuda fina opciones de pago.

Gracias.

(VEA POR FAVOR EL DORSO PARA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE)

Por favor complete y firme la forma de la ayuda financiera de Cincinnati y proporcione una copia de por lo menos uno de los siguientes documentos:

**Prueba de Ingreso:**

- Copia de la carta de la beneficios o cheque del Seguro Social o Incapacidad.
- Talonario de cheque de tres meses antes de la fecha del servicio (nómina de pago incluida, Seguro Social, “Workers Compensation”, remuneración de desempleo, pensiones, ayuda pública, etc.) o del expediente de pago comparable. Si usted es autónomo, envíe una declaración notariada certificada de sus ingresos y de los gastos para el período de tres meses antes de la fecha del servicio.
- Una carta de empleador que detalle remuneración la cual incluya encabezado oficial del empleador con la información de contacto del mismo.
- Copia de la declaración de impuestos del año pasado (si es autónomo, la Forma C de los impuestos y declaración de renta certificada ante un notario para el período de tres meses antes de la fecha de servicio). Las declaraciones de impuestos se pueden aceptar solamente por fechas del servicio hasta el 31 de marzo del año siguiente.
- Orden de la corte (pension alimenticia o manutención de los hijos).
- Carta del Inquilino que dispone renta.
- Pago por huelga.
- Si usted está declarando que usted no tiene ingresos, proporcione una declaración jurada de la persona que le provea a usted ayuda financiera básica, certificando su carencia del ingresos.

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Paciente/nombre de fiador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Era usted residente de la ciudad de Cincinnati a la fecha de transporte? ? (Circule su respuesta) Si No

Usted tiene seguro médico (Aseguración)? Si No Es usted incapacitado? Si No

\* Sí usted contestó "sí" a cualquiera de las dos preguntas anteriores, por favor incluya una copia de su tarjeta de seguro (frente y parte posterior), de Medicaid o de la tarjeta de ayuda por incapacidad a esta aplicación y complete la siguiente sección:

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su seguro: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid o ayuda por incapacidad: \_\_\_\_\_

Usted es un veterano de las fuerzas armadas? Si No

Enumere por favor a todos los miembros de la familia (usted incluido). Los miembros de la familia incluyen a los padres, a los esposo/a y a niños (naturales o adoptivos) menores de 18 años que vivan con usted. Los ingresos incluyen salario (antes de impuestos) ganancias adicionales a su sueldo, ingresos de alquiler, ayuda de desempleo, Seguro Social, o asistencia pública. **La documentación debe incluir.**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION A USTED USTED, ESPOSA, HIJO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESOS DE 3 MESES ANTES DE LA FECHA DE SERVICIO

Si, reportó ingresos de \$0.00, por favor haga que la persona o personas que le ayuden con el mantenimiento de su familia complete y firme la declaración de apoyo siguiente.

**DECLARACIÓN DE APOYO**

Para los solicitantes que declararon cero ingresos, la persona (s) que le proporciona apoyo financiero básico debe proporcionar una breve explicación de cómo están siendo apoyados financieramente. Lista de servicios, si las hubiera, que está recibiendo del paciente para prestar este apoyo.

---



---



---



---

Por la presente certifico que toda la información dada anteriormente es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que mi firma no me obliga a ser financieramente responsable de los gastos prestados a la persona para la que estoy proporcionando apoyo financiero básico.

<p>Firma de la persona que proporciona apoyo financiero a solicitante</p>	<p><b>Dirección</b></p>
	<p><b>Ciudad, Estado Código Postal</b></p>

Con mi firma, certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que todo lo que he dicho o proveído en cualquier archivo adjunto es veraz y cierta a lo mejor de mi conocimiento y entendimiento. Entiendo que es ilegal proveer deliberadamente información falsa para obtener asistencia financiera.

Paciente / Fiador Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud, por favor llame al: 513-352-4895.

(For Office Use Only)	
Acct. Bal. _____	
Approved	
_____ %	Write-Off Amt. _____
Denial Reason _____	
Admin. Initial _____	

City of Cincinnati EMS  
Attn: Financial Assistance  
430 Central Ave  
Cincinnati, OH 45202