

Solicitud de asistencia financiera

(Se deben llenar todos los campos a menos que se indique lo contrario)

Apellido y nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	*Número de personas que viven en el hogar	Ingreso anual del hogar en los últimos 12 meses \$
Si es menor, apellido y nombre del fiador	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fuente de ingresos del fiador	
Vehículos en el hogar incluidos automóviles, barcos o casas rodantes (año/ marca/modelo) (Opcional)	Saldo en la cuenta corriente o de Ahorros (Opcional)	Propiedades que posee y su valor estimado (Opcional)	Saldos en las cuentas de inversión/certificado de depósito (CD)/jubilación (Opcional)	Otros activos (Opcional)
Dirección del paciente		Número de teléfono particular	Si el ingreso es \$0, marque una opción:	
Ciudad, estado y código postal		Número de teléfono alternativo		
Número de niños menores de 21 años en el hogar: _____				Vive con pariente(s)
				Vive con amigo(s)
				Jubilado
				Desempleado
				Discapacitado
				Sin hogar

Lea lo siguiente antes de firmar. CERTIFICO que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Independientemente o con la ayuda del personal del hospital solicitaré ALGUNA o TODA la asistencia que pueda estar disponible a través del gobierno federal, estatal y local, así como de fuentes privadas, para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que, si no coopero con mi proveedor del hospital para suministrar la información solicitada, mi solicitud de posible ayuda financiera podría ser denegada. Por este medio doy permiso y autorizo a cualquier agente autorizado del programa Medicaid a divulgar a mi proveedor del hospital TODA la información acerca del estado de mi solicitud de Medicaid, si la aplicación no resulta aprobada y la razón de su desaprobación. SIGNARÉ a mi proveedor del hospital TODOS LOS FONDOS recibidos de las fuentes anteriormente mencionadas, los cuales se proporcionan para ayudar con esta FACTURA DEL HOSPITAL. Yo, por mi propia cuenta, y en nombre de mi(s) familiar(es) inmediato(s), representante(s) autorizado(s), médico(s), asesor(es) (incluidos los miembros del clero) y abogado(s), me comprometo a tener y mantener en la más estricta confidencialidad cualquier comunicación escrita o discusión oral entre mi proveedor del hospital y yo acerca de los asuntos relacionados con los servicios suministrados por mi proveedor del hospital. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de mi proveedor del hospital, incluidas las agencias de informe crediticio, y está sujeta a revisión por parte de las AGENCIAS FEDERALES o ESTATALES y otras, según sea necesario. AUTORIZO a mi empleador a divulgar mi prueba de ingreso a mi proveedor del hospital. ENTIENDO que, si se comprueba que alguna información que proporcioné es falsa, mi proveedor del hospital reevaluará mi estado financiero y tomará cualquier medida que resulte apropiada. A fin de calificar para recibir asistencia, es posible que se requiera al menos un elemento de documentación de respaldo que verifique el ingreso del hogar. Los documentos de respaldo pueden incluir, entre otros, la declaración de impuestos del año más reciente, un formulario W-2 actual, una carta de apoyo notariada, etc. Es posible que las solicitudes de asistencia sean denegadas si no se proporcionan documentos de respaldo. Cualquier saldo no pagado será elegible para otras acciones de cobro. [Solicitantes del Estado de Florida: Estatuto de Florida s.817.50 (1). Cualquiera que, voluntariamente y con la intención de defraudar, obtenga o intente obtener bienes, productos, mercancías o servicios de cualquier hospital en este estado será culpable de un delito menor en segundo grado, punible según se dispone en s.775.082 o s.775-083].

Firma del solicitante/fiador

Fecha en que se completó este formulario

* Al calcular el número de personas en el hogar sólo se cuentan las siguientes personas: 1) parientes consanguíneos que viven en el hogar; 2) parientes por matrimonio que viven en el hogar; y 3) parientes por adopción legal que viven en el hogar.

Spanish

Sólo para uso oficial

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
<hr/>				
_____	_____	_____	_____	_____
Manager	Date	Director	Date	