

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Hospital: _____
 Numero de Cuenta: _____
 Nombre del paciente: _____
 Numero de Seguro Social (SSN): _____
 Nombre de la parte responsable: _____
 Numero de Seguro Social (SSN): _____

Dependientes en el núcleo familiar – (Incluye a la/el esposa/o, hijos menores de 18 años, y las demás personas registradas como dependientes en su declaración de impuestos)

Nombre: Segundo Nombre y Apellido si no es el del paciente

Edad:

Situación laboral – Paciente/Parte Responsable

Empleador:			
Pago por hora:		Horas semanales de trabajo:	
Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual (antes de la deducción de impuestos):			
Si está desempleado, última fecha de trabajo:			

Situación laboral del conyuge

Empleador:			
Pago por hora:		Horas semanales de trabajo:	
Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual (antes de la deducción de impuestos):			
Si está desempleado, última fecha de trabajo:			

Otros Ingresos

	Paciente	Conyuge
Seguro Social		
Pensiones		
Desempleo		
Compensación del trabajador		
Beneficios VA		
Ingreso por rentas		
Acciones, Bonos, 401K		
Dividendos/Intereses		
Manutención infantil		
Pensión alimenticia		
Ostros		

Ha solicitado los beneficios del Medicaid o cualquier otra asistencia estatal/del condado? Yes No

En caso positivo, Numero de Caso: _____ Fecha de solicitud: _____

Yo, el que suscribe, certifico que soy elegible para asistencia económica debido a que soy la persona responsable del pago de las cantidades que puedan ser adeudadas por concepto de servicios recibidos. Yo certifico que la información arriba relacionada es verdadera y exacta hasta donde llegan mis conocimientos. Adicionalmente, entiendo que de acuerdo con los Estatutos de la Florida [[SY]]§817.50, proporcionar información falsa para defraudar un hospital para los propósitos de obtener los bienes o los servicios es un delito en el segundo grado. Yo entiendo que la información suministrada será objeto de verificación. En el proceso de revisión se solicitará un informe de crédito para verificar la información suministrada en esta solicitud y para asistir en la determinación de mi calificación para asistencia económica. Entiendo que la falsificación de información o el no completar todos los

encasillados en la solicitud sometida puede poner en riesgo el ser considerado para el programa. Además, entiendo que debo solicitar para recibir cualquier asistencia disponible y posibe para pagar esta cuenta hospitalaria antes de completar este formulario, con el fin de poder calificar como beneficiario de este programa de ayuda financiera.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____