

Evaluación Financiera y Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente _____ Apellido de casada anterior _____

Si el paciente es menor de edad, complete la presente evaluación financiera utilizando el nombre/los nombres de tutor/padres:

Nombre(s) _____

Dirección _____ Ciudad y Código Postal _____ Teléfono _____

¿Cuánto hace que vive en esta dirección? _____

(Si hace menos de un año, dé su dirección anterior)

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Número de dependientes _____

Estado civil _____ Pariente más cercano o tutor _____ Relación _____

Teléfono _____ Dirección _____ Código Postal _____

Servicios de cuidado de salud cubiertos por la solicitud: paciente interno paciente externo

Si fuera paciente interno, por favor brinde las fechas de hospitalización: _____

Si fuera paciente externo, por favor describa brevemente el servicio solicitado (por ej., departamento de emergencia, MRI, mamograma, endoscopia): _____

Miembros de la familia:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ocupación	Dirección del empleador	Salario
#1					\$
#2					\$
#3					\$
#4					\$
#5					\$
#6					\$

Recursos Económicos

Sección 1 - INGRESOS: Ocupación del paciente _____

Nombre y dirección del empleador _____

Salario bruto \$ _____

Años de empleo _____

(Si hace menos de un año, anote empleador previo)

Ocupación del cónyuge _____ Salario bruto \$ _____

Años de empleo _____

(Si hace menos de un año, anote empleador previo)

Otros ingresos:

Entradas Suplementarias de Seguridad	\$ _____	Pensión de veterano	\$ _____	Compensación por desempleo	\$ _____
Asistencia por edad avanzada	\$ _____	Seguro Social	\$ _____	Ingresos de intereses	\$ _____
Asistencia al discapacitado	\$ _____	Seguro Social-Discapacitado	\$ _____	Acciones/Letras de cambio	\$ _____
Inversiones	\$ _____	Alquiler (ingreso)	\$ _____	Dividendos	\$ _____
Asistencia a hijos dependientes	\$ _____	Asistencia al ciego	\$ _____	Certificados de depósito	\$ _____
Asistencia Pública del Condado de Dade	\$ _____	Asistencia por divorcio	\$ _____	Otros (Especificar)	\$ _____
Pensión	\$ _____	Asistencia por hijo	\$ _____		
		Compensación laboral	\$ _____	TOTAL	\$ _____

Nº de S.S. _____ Nº de serie V.A. _____ Nº de Medicaid _____

Sección 2 - PROPIEDAD: Valor tasado actual de su casa \$ _____ Saldo adeudado \$ _____

Compañía hipotecaria _____ Cuota mensual \$ _____

Otra propiedad (tal como condominio, townhouse, segundo hogar, tierras, propiedades generadoras de ingresos)

Valor tasado actual _____ Saldo adeudado \$ _____ Cuota mensual \$ _____

Sección 3 - AHORROS:

AHORROS: Banco _____ Cuenta Nº _____ Saldo \$ _____

CUENTA CORRIENTE: Banco _____ Cuenta Nº _____ Saldo \$ _____

UNIÓN CREDITICIA: Banco _____ Cuenta Nº _____ Saldo \$ _____

Evaluación Financiera y Solicitud de Asistencia Financiera

Sección 4 - ¿SON ESTOS SERVICIOS MÉDICOS EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE?:

Sí No

Si respondió Sí, ¿tiene abogado? Sí No Si respondió Sí... Nombre del mismo _____

Dirección _____ Código postal _____ Teléfono _____

Sección 5 - Automóvil:

Marca _____ Modelo _____ Año _____

Valor \$ _____ Saldo adeudado \$ _____

Compañía de seguro _____ Póliza N° _____

Sección 6 - OTRAS PROPIEDADES PERSONALES:

(Tales como vehículos motorizados, botes, equipo de oficina)

Lista donde se declara el valor actual y todo saldo adeudado: _____

Sección 7 - SEGURO:

Hospitalización _____ Póliza N° _____ Grupo N° _____

Hospitalización suplementaria _____ Compañía de seguro de vida _____

Valor de la póliza \$ _____ Beneficiario _____ Enfermedad y accidente _____

Sección 8 - GASTOS MENSUALES: (Incluya pagos en cuotas)

Hipoteca/Alquiler	\$ _____	Impuestos Inmobiliarios	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Electricidad	\$ _____
Alimentos	\$ _____	Otros servicios	\$ _____
Seguro de automóvil	\$ _____	Vestimenta	\$ _____
Primas médicas	\$ _____	Gastos del automóvil (gasolina, etc.)	\$ _____
Medicamentos	\$ _____	Gastos varios	\$ _____

(Especifique)

Sección 9 - ENUMERE CUALQUIER OTRA DEUDA PENDIENTE:

(Tarjetas de crédito, préstamos, cuentas de hospital/médico, etc.)

Compañía	Saldo adeudado	Cuota mensual
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Total Gastos \$ _____ Total Ingresos \$ _____

NOTIFICACIÓN

Los que firman a continuación declaran que el solicitante no tiene seguro de salud ni ninguna otra fuente de pagos (por ej., seguro de automóvil tercer pagador, compensación del trabajador, etc.), para la atención de servicios de salud por los que se está llenando esta aplicación. Quien firma también declara que la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta en todos sus aspectos materiales.

Cada uno de los que firman autoriza que Baptist Outpatient Services y sus agentes y afiliados obtengan un reporte de crédito de una agencia de reportes del consumidor con el propósito de verificar la información brindada por el firmante y para determinar elegibilidad de ayuda económica.

Considerando que Baptist Outpatient Services confía en las declaraciones hechas en la presente, los que a continuación firman acuerdan que en el caso de cualquier omisión material, declaración falsa o tergiversación de cualquier información solicitada en la presente declaración, los mismos serán conjunta e individualmente responsables de los cargos de todos los bienes, servicios y tratamientos brindados al paciente por Baptist Outpatient Services o sus entidades afiliadas, ya que los mismos sean retirados o tratados como caridad, beneficencia o deuda incobrable, y acuerdan además que serán conjunta e individualmente responsables por los honorarios del abogado y por los gastos incurridos por Baptist Outpatient Services en exigir el cumplimiento del acuerdo.

Los que firman a continuación reconocen que la Sección 817.50 de las leyes de la Florida establece que cualquiera que deliberadamente y con intención de fraude, obtiene o intenta obtener bienes, productos o servicios de cualquier hospital en este estado será culpable de delito menor en segundo grado.

FIRMA _____ FECHA _____

FIRMA OTRO QUE NO SEA EL PACIENTE (DECLARE RELACIÓN) _____ FECHA _____

TESTIGO _____ FECHA _____

LA FIRMA DEBE SER ATESTIGUADA