

## 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	\$ _____	<b>TOTAL</b>	\$ _____

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 N° \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

CUENTA CORRIENTE: Banco \_\_\_\_\_ Cuenta N° \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

UNIÓN CREDITICIA: Banco \_\_\_\_\_ Cuenta N° \_\_\_\_\_ 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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