

# 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 West Kendall 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 West Kendall 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 West Kendall 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 West Kendall 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