



ECD# _____
Date of Service: _____
CPI # _____ <small>(office use only)</small>

Solicitud de Asistencia Financiera

Para solicitar asistencia financiera para gastos médicos incurridos en el sistema de salud de BayCare, por favor complete la solicitud adjunta y devuélvala al departamento de asistencia financiera. Es muy importante seguir las instrucciones a continuación para que su solicitud sea revisada.

- Liste información financiera durante un período de 12 meses sobre la aplicación.
- Si el paciente es menor de edad, se requiere información de ingreso de los padres o tutor.
- Aplicaciones requieren la firma del aplicante y un testigo para considerar asistencia financiera. Notario público no es necesario.

Esta solicitud no toma en consideración los cargos médicos de proveedores no pertenecientes al BayCare Medical Group. Las solicitudes completadas que reciba el Departamento de Asistencia Financiera serán revisadas para determinar los programas que le pueden ayudar. Si se necesita información adicional, un representante se comunicará con usted.

NOTA ESPECIAL A BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Las regulaciones de Medicare requieren prueba de ingreso y bienes para determinar la elegibilidad para asistencia de hospital .

Pruebas requeridas:

- Prueba de ingreso : copia de notificaciones del seguro social ,compensación de desempleo ,pensiones,ingreso de renta o cualquier ingreso usado para pagar sus deudas
- No ingreso: proveer una carta de cualquier individuo que le esté proveyendo ayuda económica
- Prueba de bienes estado bancarios actuales, estado de cuenta de tarjeta de débito valor de cuentas IRA ,inversiones ,bonos ,cuenta de 401k, valor efectivo de alguna cuenta de seguro de vida y bienes raíces (otros que no sean su vivienda principal)

NOTA A POSIBLES PARTICIPANTES DE MEDICAID

- Está usted embarazada o tiene niños de 17 años o menor en su custodia
- Está usted entre las edades de 18-21 años?
- Usted tiene más de 65 años de edad ?
- Está usted recibiendo discapacidad del seguro social

Si usted contestó si a alguna de estas preguntas, usted podría ser elegible para el medicaid Visite www.myflorida.com/accessflorida

Visite baycare.org/about-us/financial-assistance para obtener respuestas a las preguntas frecuentes, o envíenos un correo electrónico a finassist@baycare.org, o comuníquese con el Departamento de Asistencia Financiera por teléfono al 1 (855) 233-1555

Las solicitudes completas pueden ser enviadas por correo electrónico a finassist@baycare.org , o por fax al (813) 635-7731, o por correo a BayCare Health System: Financial Assistance, PO Box 6120, Clearwater, FL 33758-6120.

ATENCIÓN: Enviar un correo electrónico no cifrado no es un método seguro para enviar información médica protegida (PHI). La información que envía, a menos que esté cifrada, podría capturarse electrónicamente durante la transmisión.



ECD# _____
CPI # _____ (office use only)

Por favor complete toda la información y devuelva este formulario al Departamento de Asistencia Financiera. Nosotros revisaremos su información para determinar si alguno de nuestros programas puede asistirlo con su cuenta del hospital.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Número de cuenta: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____
 Veterano: Si No Estado Cívil: C S D V Ciudadanía o residencia de USA: Si No

Dirección: _____ Dirección para recibir correspondencia: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular _____ Email : _____

EVALUACION PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA favor de responder Si ó No

¿Está la paciente embarazada, o fué esta visita relacionada al embarazo? _____
 ¿Es el paciente MENOR DE EDAD o vive con el paciente un MENOR DE EDAD? _____
 ¿Tiene el paciente una aplicación pendiente o aprobada para MEDICAID? _____
 ¿Está el paciente legalmente deshabilitado, ciego o potencialmente LISIADO por 12 meses? _____
 ¿Tiene el paciente SEGURO MÉDICO PRIVADO? _____
 ¿Es el paciente VICTIMA DE UN CRIMEN? _____

INFORMACION DEL HOGAR Complete para todas las personas viviendo en su hogar, no importa la relación con el paciente.

Lista del Grupo en el Hogar	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Vínculo al paciente	Ciudadano de US

INGRESOS DOMÉSTICOS Incluya todas las fuentes de ingreso, como beneficios de desempleo, pensiones, alquileres, interés de inversiones, dividendos, cuentas fiduciarias (Trust Funds), manutención del menor, pension alimenticia, Seguro Social, Administracion de Veteranos u otros programas.

Ingreso pertenece a:	Fuente de Ingreso	Ingreso Mensual (antes de deducciones)	Ingreso Anual (antes de deducciones)	Numero de meses de ingreso	Nombre Del Centro de Trabajo
Ingreso Actual					
Ingreso Anterior					

Total: _____

Favor de proveer la información de ingresos para los últimos 12 meses

Activos Del Hogar

Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Balance

Hipotecaria	Balance	Valor Aproximado

Tipo de Vehiculo	Primario (S/N)	Balance	Valor Aproximado	Marca/Modelo	Año

Tipo de Bienes	Balance	Valor Aproximado

PREGUNTAS ADICIONALES

Si no tiene ingresos, explique cómo o quién lo apoya::

¿Está recibiendo el beneficio de alimento? SI NO. Cantidad: _____

¿Está su enfermedad o lesión actual relacionada de alguna manera a un accidente? SI NO. Fecha del accidente _____. Tipo de accidente _____.

ATENCIÓN DESTINATARIOS DE MEDICARE

Las regulaciones federales requieren que los beneficiarios de Medicare proporcionen comprobantes de ingresos y activos al solicitar asistencia hospitalaria. Si reclama ningún activo, marque aquí .

El hospital se reserva el derecho de cambiar la decisión tomada mediante de la información indicada en este formulario, incluyendo la revocación de descuentos y beneficiencia, si la información presentada es falsa, incorrecta o si sus cuentas médicas se relacionan con un accidente para el cual haya una recuperación de fondos monetarios. Certifico que la información ante dicha está correcta y entiendo que de acuerdo al Estatuto 817.50 de la Florida, defraudar a un hospital con el fin de obtener mercancías o servicios es un delito. Concedo autorización al Sistema de Salud BayCare para verificar la información aquí dada, y autorizo un informe de crédito de consumidor si es necesario para determinar mi elegibilidad.

Paciente o persona responsable

Fecha

Testigo

Fecha

FORMULARIOS INCOMPLETOS O SIN FIRMAR POR EL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE Y TESTIGO, SERAN DEVUELTAS SIN PROCESAR

No es necesario que este notariada

Aplicación es solamente para las facturas del hospital, no incluye a los doctores ni servicios auxiliares.