



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

Solicitud de Asistencia Financiera

Para solicitar asistencia financiera para gastos médicos incurridos en BayCare Health System, complete la solicitud adjunta. El Departamento de Asistencia Financiera revisará las solicitudes completadas y determinará para qué programa usted puede calificar. Si se necesita información adicional, puede que un representante se ponga en contacto con usted. Esta solicitud es sólo para la consideración de los cargos del hospital y de los médicos empleados del hospital y no ayuda con otros cargos no relacionados con BayCare Medical Group. Para que su solicitud se procese a tiempo, asegúrese de:

- Listar la fuente de ingresos para todos los miembros del hogar por 12 meses completos. Si el paciente es menor de edad, indique la información financiera del padre o guardián.
- Listar la información de los bienes de todos los miembros del hogar
- Imprimir la solicitud para firmar y poner la fecha. La firma del paciente y del testigo debe ser el mismo día para ser considerado para la ayuda. No se requiere un notario.

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 MyFlorida.com/AccessFlorida para más información.

Visite BayCareFinancialAssistance.org 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 (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)

Solicitudes completas recibidas por el Departamento de Asistencia Financiera serán revisadas para determinar los programas que podrían ayudarle con su factura hospitalaria. Esta aplicación solo toma en consideración sus cargos del hospital y no provee asistencia con los cargos del médico

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **¿Cuidado Estadounidense o Residente Legal?** Si No

Dirección: _____ **Dirección Postal:** _____ **Correo Electrónico:** _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____ **Teléfono:** _____

Reviso de Asistencia Financiera

- ¿Está la paciente embarazada o la admisión estuvo relacionada con un embarazo? Si No
- ¿Es el paciente un niño que depende de alguien o el paciente vive con un niño dependiente? Si No
- ¿Está el paciente legalmente discapacitado, es ciego o podría estar discapacitado durante 12 meses? Si No
- ¿Está el paciente inscrito en un programa médico del condado? Si No
- ¿Es el paciente víctima de un crimen? Si No
- ¿Tiene el paciente seguro médico privado? Si No
- ¿El paciente ha solicitado seguro médico a través del mercado de salud? Si No
- Doy permiso dejar el nombre del departamento y el estatus del caso en mi buzón de mensajes de voz. Si No

INFORMACION DEL HOGAR Un hogar se define como esposos, padres de menores, menores, y/o hermanos de menos de 21 años viviendo juntos

Liste los nombres de todas las personas del hogar	Fecha de Nacimiento	Genero	Estado Civil	Relación al Garante	¿Ciudadano Estadounidense?
Yo					

INGRESOS DEL HOGAR Liste el ingreso/falta de ingreso para todos los miembros del hogar en los últimos 12 meses incluyendo el paciente.

	Liste los nombres de todas las personas del hogar	Fuente de Ingresos	Ingreso Mensual Bruto Actual	Ingreso Bruto Anual	Meses de Ingresos	Nombre del Empleador
		(Nombre del empleador, trabajos independientes, trabajos esporádicos, ningún ingreso, compensación por desempleo laboral, pensiones, ingresos por alquiler, fondos fiduciarios, pensión alimenticia para hijos, pensión conyugal, seguro social, administración de veteranos)		(Liste todo el ingreso por los últimos 12 meses)		
Current						
Prior						
Total:						

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.