



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



ECD# _____
 Date of Service: _____
 CPI # _____

PACIENTE Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ciudadano/Residente Legal Si No

Dirección: _____ Dirección postal: _____ Visa válida: Si No Tipo _____:

Ciudad,estado,código _____ Ciudad,estado,código _____ Teléfono _____

Correo electrónico: _____ Embarazada Si No Deshabilitado Si No Estado Civil C S D V X*
 *casado, pero separado, viviendo aparte

INFORMACIÓN DEL HOGAR- Hogar se define : cónyuges, los padres de los menores, menores y/o hermanos, menores de 21 años viviendo juntos

Miembros del Hogar Por favor, incluya la información del paciente	Fecha de nacimiento	Los últimos 4 dígitos de SS# O tipo de visa válida (trabajo, visitante, estudiantne, etc)	Ciudadano/ Residente Legal	Vínculo con el paciente	Categoría para declarar Impuestos (Ejemplo: Individual, enconjunto, dependiente o no declara)
				PACIENTE	

INGRESOS DEL HOGAR -Incluya todas las fuentes de ingresos para los miembros de la familia incluyendo al paciente.

Nombres del los miembros del hogar con ingresos en los últimos 12 meses, a partir de la fecha de la solicitud <u>NO ESCRIBA N/A</u>	Fuente de Ingresos Nombre del empleador, trabajo por cuenta propia, trabajos ocasionales, compensación laboral, no ingreso, desempleo, pensiones, rentas, fondos fiduciarios, manutención del menor, pensión compensatoria, seguro social, veterano	Número de meses con ingresos	Número de meses sin ingresos	Ingreso mensual actual Antes de deducciones	Ingreso anual Anote los ingresos totales de los últimos 12 meses desde la fecha de la solicitud
PACIENTE					
Total:					

Ha solicitado cualquier programa en los últimos 12 meses ?
 Seleccione todos lo que aplican

Medicaid

Discapacidad del seguro social

Cobertura médica del condado

Seguro de Salud del Mercado

Compensación a los trabajadores

Si está reclamando que no tiene ingresos, por favor explicar quién le ayuda económicamente ? _____

¿Hay cobertura de seguro de salud o de auto que cubra parte de su cuidado médico? Si _____ No
 Seguro/Número de Póliza _____

ATENCION BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Debido a regulaciones federales beneficiarios de Medicare deben presentar prueba de ingresos y bienes con esta solicitud.

El hospital se reserva el derecho a cambiar cualquier decisión tomada con esta solicitud, esto incluye la revocación y/o cancelación de la deuda si la información presentada es falsa, incorrecta o si la factura médica se relaciona a un accidente por el cual va a recibir fondos monetarios. Certifico que la información antes dicha está correcta y entiendo que de acuerdo al Estatuto 817.50 de la Florida defraudar a un hospital con el fin de obtener bienes y servicios es un delito. Autorizo al Sistema de Salud BayCare de verificar la información aquí obtenida a través de un Informe de Crédito al Consumidor para determinar mi elegibilidad. **Esta solicitud no considera los cargos de los doctores.**

 Paciente o persona responsable

 Fecha

 Firma de Testigo (No se requiere notario)

 Fecha

LA FIRMA DEL PACIENTE Y TESTIGO DEBE SER LA MISMA FECHA PARA SER CONSIDERADO UNA APLICACIÓN VÁLIDA