



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: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____ Dirección postal: _____ Correo electrónico: _____

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

Embarazada Si No Deshabilitado Si No Estado Civil C S D V Ciudadano/Residente Legal Si No

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	Número del seguro social	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	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/ sin ingresos	Ingreso mensual actual Antes de deducciones	Ingreso anual Antes de deducciones
PACIENTE				
Total:				

<p>Ha solicitado cualquier programa en los últimos 12 meses ? Seleccione todos lo que aplican</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad del seguro social</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura médica del condado</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Salud del Mercado</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación a los trabajadores</p>
--

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