



ECD# _____

Completed by: _____
(office use only)

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 parienteo guardián.
- Listar la información de los bienes de todos los miembros del hogar
- Imprimir la solicitud para firmar y poner la fecha.

NOTA ESPECIAL A BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Las regulaciones federales requieren que beneficiarios de Medicare proporcionen 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)

PARTICIPANTES POTENCIALES 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 seguro social por discapacidad?

Si usted contestó si a alguna de estas preguntas, usted podría ser elegible para el medicaid.

Visite MyFlorida.com/AccessFlorida para completar una solicitud de Medicaid.

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# _____

Completed by: _____
(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:** _____

Dirección: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____

Dirección Postal: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____

Correo electrónico _____ **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
- ¿Es la paciente víctima de un crimen? Si No
- ¿Tiene el paciente seguro médico? Si No
- Doy permiso dejar el nombre del departamento y el estatus del caso en mi buzón de mensajes de voz. Si No
- Doy permiso para ser contactado por correo electrónico. 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/ Residente Legal?	¿Alguna cuenta con BayCare anteriormente? Si/No
Paciente						

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 (Salarios, trabajos independientes, trabajos esporádicos, ningún ingreso, compensación de trabajadores o compensación por desempleo laboral, pensiones, ingresos por alquiler, fondos fiduciarios, pensión alimenticia para hijos, pensión conyugal, seguro social, administración de veteranos)	Nombre del Empleador	Ingreso Bruto Mensual Actual	Ingreso Bruto Anual (Liste todo el ingreso por los ultimo 12 meses)	Meses de Ingresos/No Ingreso
Actual						
Anterior						
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 (401k, IRA, acciones, bonos, CD)	Valor Total Aproximado

PREGUNTAS ADICIONALES

Si no tiene ingresos, explique quién le 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 no reclama ningún activo, por favor 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 de segund grado.

Concedo autorización al Sistema de Salud BayCare para verificar la información proporcionada a través de un informe de crédito del consumidor si es necesario.

Firma del Paciente o persona responsable

Fecha

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

Para mas información visite BayCareFinancialAssistance.org