



Bethesda Hospital

BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA

Trabajador social: _____

Paciente n.º: _____

Recién nacido n.º: _____

M/R #: _____

Solicitud para: Medicaid - Discapacidad - Caridad

Idioma: inglés - español - creole - otro _____

Situación legal del paciente: ciudadano - ciudadano naturalizado - residente permanente - permiso para trabajar - ilegal - patrocinado

Evaluación financiera y solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente _____ Apellido de casada anterior _____

Si el paciente es menor de edad, complete esta evaluación financiera sobre los padres o tutores legales: Nombre _____

Dirección _____ Ciudad y código postal _____ Teléfono _____

¿Desde hace cuánto tiempo vive en esta dirección? _____
(si es menos de un año, indicar la dirección anterior)

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Número de dependientes _____

Estado civil _____ Pariente más cercano o tutor legal _____ Parentesco _____

Teléfono _____ Dirección _____ Código postal _____

Servicios de salud cubiertos en la solicitud: Paciente hospitalizado Paciente ambulatorio En caso de haber sido hospitalizado, indique las fechas: _____

Si se trata de un paciente ambulatorio, describa brevemente el servicio solicitado (p. ej., departamento de emergencias, resonancia magnética, mamografía, endoscopia): _____

Integrantes del núcleo familiar:

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Ocupación	Dirección del empleador	Salario
#1					\$
#2					\$
#3					\$
#4					\$
#5					\$
#6					\$

Recursos financieros

Sección 1 - INGRESO: Ocupación del paciente _____

Nombre y dirección del empleador _____
Salario bruto \$ _____

Años de empleo _____
(si es menos de un año, indicar el empleador anterior)

Ocupación del cónyuge _____ Salario bruto \$ _____

Años de empleo _____
(si es menos de un año, indicar el empleador anterior)

Otras fuentes de ingreso:	Pensión veterano	\$ _____	Compensación por desempleo	\$ _____	
Seguridad de ingreso suplementario	\$ _____	Seguridad Social	\$ _____	Ingresos por intereses	\$ _____
Asistencia a la vejez	\$ _____	Seguro Social por discapacidad	\$ _____	Acciones/bonos	\$ _____
Ayuda a los discapacitados	\$ _____	Alquiler (renta)	\$ _____	Dividendos	\$ _____
Inversiones	\$ _____	Ayuda a personas invidentes	\$ _____	Certificados de depósito	\$ _____
Ayuda a hijos dependientes	\$ _____	Pensión alimenticia	\$ _____	Otro (especificar)	\$ _____
Asistencia pública del condado de Dade	\$ _____	Manutención de los hijos	\$ _____		
Pensión	\$ _____	Indemnización por accidente de trabajo	\$ _____		
			TOTAL	\$ _____	

N.º de SS _____ N.º de serie V.A. _____ I.D. de Medicaid # _____

Sección 2 - BIENES: Valor de tasación actual de la vivienda \$ _____ Saldo pendiente de pago \$ _____

Compañía hipotecaria _____ Pago mensual \$ _____

Otros bienes (condominio, casa adosada, segunda residencia, terrenos, propiedades que son fuente de ingresos): _____

Valor de tasación actual \$ _____ Saldo pendiente de pago \$ _____ Pago mensual \$ _____

Sección 3 - AHORROS:

CUENTAS DE AHORRO: _____ N.º de cuenta bancaria _____ Saldo \$ _____

CUENTA DE CHEQUES: _____ N.º de cuenta bancaria _____ Saldo \$ _____

COOPERATIVA: _____ N.º de cuenta bancaria _____ Saldo \$ _____

Evaluación financiera y solicitud de asistencia financiera

Sección 4 - ¿ESTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD SON EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE?

Sí No En caso afirmativo, ¿cuenta con un abogado? Sí No En caso afirmativo, indique el nombre del abogado _____

Dirección _____ Código postal _____ Teléfono _____

Sección 5 - AUTOMÓVIL:

Marca _____ Modelo _____ Año _____

Valor \$ _____ Saldo pendiente de pago \$ _____

Compañía de seguros _____ Póliza n.º _____

Sección 6 - OTROS BIENES MUEBLES: (Otros vehículos automotores, embarcaciones, equipamiento comercial).

Enumerar indicando valor actual y cualquier suma adeudada por concepto de préstamo: _____

Sección 7 - SEGURO:

Hospitalización _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Hospitalización complementaria _____ Compañía de seguro de vida _____

Valor nominal \$ _____ Beneficiario _____ Enfermedad y accidente _____

Sección 8 - GASTOS MENSUALES: (incluir pagos a plazos)

Hipoteca/alquiler	\$ _____	Impuestos a la propiedad	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Luz	\$ _____
Alimentos	\$ _____	Otros servicios públicos	\$ _____
Seguro de automóvil	\$ _____	Ropa	\$ _____
Primas del seguro médico	\$ _____	Gastos del automóvil (gasolina, etc.)	\$ _____
Medicamentos	\$ _____	Gastos varios (especificar)	\$ _____

Sección 9 - ENUMERE CUALQUIER OTRA DEUDA PENDIENTE:

(tarjetas de crédito, préstamos, facturas médicas o de hospital, etc.)

Empresa	Saldo adeudado	Pago mensual
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Gastos totales \$ _____ Ingreso total \$ _____

AVISO

Los infrascritos declaran que el solicitante no cuenta con seguro de salud ni ninguna otra fuente de pago (p. ej., seguro de automóvil contra terceros, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, etc.) para los servicios de atención de salud para los cuales se completa esta solicitud. Los infrascritos declaran además que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en todos los aspectos materiales.

Cada uno de los infrascritos autoriza a Baptist Hospital y sus representantes y afiliados a obtener un informe de crédito de una agencia crediticia con el fin de verificar la información proporcionada por los infrascritos a los efectos de determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

En consideración a la confianza de Baptist Hospital en las declaraciones realizadas en el presente documento, los infrascritos aceptan que, en caso de cualquier omisión, falso testimonio o tergiversación de la información solicitada o proporcionada en esta declaración, serán responsables de forma conjunta y por separado, de los cargos por todos los bienes, servicios y tratamientos proporcionados al paciente por Baptist Hospital o sus entidades afiliadas, independientemente de que dichos cargos se cancelen o se consideren de caridad, asistencia social o deuda incobrable, y además aceptan que serán responsables de forma conjunta y por separado, de los honorarios de los abogados y de los gastos en los que incurra Baptist Hospital para hacer cumplir el acuerdo.

Los infrascritos reconocen que la Sección 817.50, de los Estatutos de Florida, establece que quien, deliberadamente y con intención de defraudar, obtenga o intente obtener bienes, productos, mercancías o servicios de cualquier hospital de este estado, será culpable de un delito menor de segundo grado.

FIRMA

FECHA

FIRMA DE OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE (INDICAR VÍNCULO)

FECHA

TESTIGO

FECHA

LA FIRMA **DEBE** SER CERTIFICADA