



# BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856

BayfrontStPeteFinancialHelp@orlandohealth.com

Phone (321) 843-8955 / Fax: (321) 843-1532

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

## Estado financiero del garante / Guarantor Financial Statement

En un esfuerzo para satisfacer las necesidades médicas de la comunidad, ofrecemos asistencia financiera a los pacientes/garantes (persona responsable de las finanzas) que tienen recursos limitados o inexistentes para los servicios de emergencia o médicamente necesarios provistos en las instalaciones de Bayfront Health St. Petersburg. Este estado financiero del garante se utiliza para evaluar la elegibilidad del paciente o garante para recibir ayuda financiera de Bayfront Health St. Petersburg. Los estados financieros del garante completados serán recibidos por el Departamento de Asistencia Médica Comunitaria para ser evaluados con el fin de determinar si es elegible para recibir asistencia financiera. Esta solicitud es para la consideración de los cargos del hospital y de los médicos empleados por el hospital y no corresponde a otros servicios provistos fuera de Bayfront Health St. Petersburg que pueda haber recibido en relación a su atención médica en Bayfront Health St. Petersburg. **Es importante que complete la totalidad del estado financiero del garante.** Este formulario es válido para la consideración de asistencia financiera por atención médica recibida dentro de los seis meses previos y de los seis meses posteriores a la fecha de la firma de este formulario.

Si se le solicita, usted es responsable de proporcionar información oportuna sobre sus beneficios médicos, ingresos, activos y cualquier otro documento necesario para determinar si califica. Los documentos pueden ser estados de cuenta bancaria, declaraciones del impuesto a la renta, talones de cheques u otros documentos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el garante: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL GARANTE

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN/TIN: \_\_\_\_\_ Trabajador independiente: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Con discapacidad: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Estado civil: C \_\_\_ S \_\_\_ D \_\_\_ W \_\_\_ Sin hogar: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Complete todos los campos

¿Es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal?\*: Sí \_\_\_ No \_\_\_

\* La asistencia financiera solo puede ofrecerse a ciudadanos de los Estados Unidos que tienen un número de seguro social válido o a residentes extranjeros con permiso legal y número de identificación tributario (Tax Identification Number, TIN) emitido por el gobierno.

1. En los últimos 12 meses, ha solicitado: (marque todas las opciones que correspondan)

Medicaid	Beneficios de seguro social por discapacidad	Asistencia médica del condado	Indemnización por accidentes laborales y enfermedades profesionales	Mercado de seguros médicos	OTRO	NINGUNO
----------	----------------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------------------	----------------------------	------	---------

2. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR/FAMILIA El grupo familiar puede estar conformado por cónyuges, padres de menores de edad, menores de edad o hermanos menores de 21 años que viven juntos. Complete todos los campos

Miembro del grupo familiar	Relación con el garante	Fecha de nacimiento	Condición impositiva (seleccione individual, conjunto, no presenta)

N.º total de miembros del grupo familiar: \_\_\_\_\_



# BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856

BayfrontStPeteFinancialHelp@orlandohealth.com

Phone (321) 843-8955 / Fax: (321) 843-1532

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

## Estado financiero del garante / Guarantor Financial Statement

3. INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR/FAMILIA Indique su ingreso, el de su cónyuge y los de los demás familiares (si corresponde) *Complete todos los campos*

Fuente del ingreso	Ingreso bruto mensual actual (garante)*	Ingreso bruto mensual actual (cónyuge/otros)*	Ingreso familiar total*
Salario/empleo autónomo, manutención de menores/ pensión de alimentos			
Ingreso de seguro social, jubilación, dividendos, intereses, alquiler			
Desempleo, Indemnización por accidentes y enfermedades laborales			

Total de Ingreso familiar: \_\_\_\_\_

**\*Si declaró un ingreso de \$0, brinde una descripción breve de cómo satisface las necesidades básicas de la vida:**

### CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

Doy fe de que toda la información provista en este documento es correcta y verdadera, y reconozco que brindar información falsa en este formulario podría invalidar la asistencia financiera que podría recibir o para la que se me podría considerar. De conformidad con la Ley de Florida 817.50, proporcionar información falsa para estafar al hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo grado, y doy fe de que la información provista es correcta. Bayfront Health St. Petersburg se reserva el derecho de cambiar cualquier decisión tomada en virtud de este formulario en caso de que hubiera alguna recuperación posterior de dinero.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo / Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Hora / Time

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del testigo / Witness Printed Name

\_\_\_\_\_  
Firma del garante / Guarantor Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Hora / Time

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del garante / Guarantor Printed Name

**Para que su solicitud pueda ser revisada, deberá completar todos los campos del documento.**

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)		
QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	Language: _____	Other: _____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person		