



BAYFRONT HEALTH

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. Este estado financiero del garante se utiliza para evaluar la elegibilidad del paciente o garante para recibir ayuda financiera de Bayfront Health. Los estados financieros completados del garante recibidos por el Departamento de Aprobación Financiera serán 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 que pueda haber recibido en relación con su atención médica en Bayfront Health. **Es importante que llene completamente el estado financiero del garante.** Este formulario es válido para la consideración de asistencia financiera para atención médica recibida doce meses previos y doce 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 de impuestos, talones de cheques u otros documentos.

Nombre del paciente: _____

Relación del paciente con el garante: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Garante: _____ Fecha de nacimiento: _____

SSN/TIN: _____ Trabajador independiente: Sí _____ No _____

Discapacitado: Sí _____ No _____ Estado civil: C _____ S _____ D _____ V _____ Sin hogar: Sí _____ No _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Llene todos los campos

¿Es ciudadano de los Estados Unidos o un individuo legalmente permitido? *: 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 (TIN) emitido por el gobierno

1. En los últimos 12 meses, ha solicitado: *(marque todo lo que corresponda)*

Medicaid	Seguro social por discapacidad	Asistencia médica del condado	Indemnización para trabajadores	Mercado de seguros médicos	OTRO	NINGUNO

2. INFORMACIÓN DEL HOGAR/FAMILIAR El hogar se conforma por cónyuges, padres de menores de edad, menores de edad o hermanos menores de 21 años que viven juntos.

Llene todos los campos

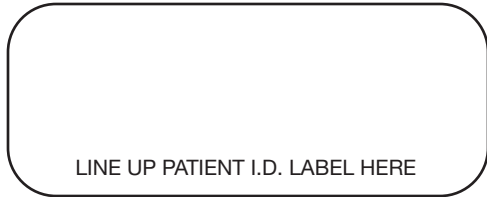
Miembro del hogar	Relación con el garante	Fecha de nacimiento	Impuesto a la renta <i>(seleccione individual, conjunto, no presenta)</i>

N.º total de miembros del hogar: _____



BAYFRONT HEALTH

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856
BayfrontStPeteFinancialHelp@orlandohealth.com
Phone (321) 843-8955 / Fax: (321) 843-1532



Estado financiero del garante / Guarantor Financial Statement

3. INGRESO DEL HOGAR/FAMILIAR Indique su ingreso, el de su cónyuge y los de sus demás familiares (si corresponde)
Llene 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, Compensación para trabajadores			

Total de Ingreso familiar: _____

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

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

Certifico que toda la información provista en este documento es correcta y verdadera y reconozco que proporcionar información falsa en este formulario podría invalidar cualquier 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 certifico que la información provista es correcta. Bayfront Health se reserva el derecho de cambiar cualquier decisión tomada en virtud de este formulario en caso de que hubiera alguna recuperación posterior de dinero.

Witness Signature/Firma del testigo: _____ Date/Fecha: _____ Time/Hora: _____

Witness printed name/Nombre en letra imprenta del testigo: _____

Guarantor Signature/Firma del garante: _____ Date/Fecha: _____ Time/Hora: _____

Guarantor printed name/Nombre en letra imprenta del garante: _____

Para que su solicitud pueda ser revisada, será necesario que llene todos los campos del documento.

****NO FORMA PARTE DEL REGISTRO MÉDICO LEGAL****

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.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____