



# BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

3090 Caruso Court Suite 20 Orlando, Fl. 32806  
BayfrontStPeteFinancialHelp@orlandohealth.com  
Phone (321) 843-8955 / Fax: (321) 843-1532

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

## Eta Finans Moun ki bay garanti / Guarantor Financial Statement

Nan yon efò pou reponn a bezwen swen sante kominote a, gen asistans finansye ki disponib pou pasyan/moun ki bay garanti (moun ki responsab pou zafè lajan an) ki pa fin gen tout resous oswa ki san resous pou peye pou sèvis ijan oswa sèvis ki nesese sou plan medikal ki bay nan Bayfront Health St. Petersburg. Yo itilize Eta Finans sa a pou evalye si yon Pasyan oswa yon Moun ki bay garanti pou pasyan an kalifye pou asistans finansye ke Bayfront Health St. Petersburg ofri. Depatman Asistans Sante Kominotè a (Community Care Assistance Department) pral egzaminen Eta Finansye Moun ki bay garanti a fin ranpli a pou jwenn si ou kalifye pou asistans finansye. Aplikasyon sa a se pou konsidere frè lopital la ak frè doktè ki anplwaye nan lopital la sèlman epi li pa ede ak lòt sèvis ke Bayfront Health St. Petersburg pa bay ke ou te petèt resevwa anrapò ak swen ou yo nan Bayfront Health St. Petersburg. **Li enpòtan pou fin ranpli Eta Finans sa a annantye nèt.** Fòm sa a valab pou anvizaje asistans finansye pou swen ou te resevwa sis mwa anvan ak sis mwa apre dat siyati ki sou fòm sa a.

Lè yo mande sa, ou responsab bay enfòmasyon alè sou benefis sante w, revni, byen ou, ak kenenpòt lòt dokiman ki pral ede pou wè si w kalifye. Dokiman sa yo gendwa etadkont labank, fòm enkòm taks, souch chèk, oswa lòt dokiman.

**Non Pasyan an:** \_\_\_\_\_

**Ki Relasyon Pasyan an ak Moun ki bay garanti a:** \_\_\_\_\_

### ENFÒMASYON MOUN KI BAY GARANTI A

**Non Moun ki bay garanti a:** \_\_\_\_\_ **Dat Nesans:** \_\_\_\_\_

**SSN/TIN:** \_\_\_\_\_ **Travay Endepandan:** **Wi** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Andikape:** **Wi** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_ **Eta Sivil:** **M** \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **V** \_\_\_\_\_ **Sanzabri:** **Wi** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Adrès:** \_\_\_\_\_

**Vil:** \_\_\_\_\_ **Ri:** \_\_\_\_\_ **Zipkòd:** \_\_\_\_\_

**Telefòn Lakay:** \_\_\_\_\_ **Telefòn Selilè:** \_\_\_\_\_

**Adrès Imèl:** \_\_\_\_\_

*Tout espas yo obligatwa pou ranpli*

**Èske w se yon Sitwayen Ameriken, oswa yon moun ki otorize legalman?\*: **Wi** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_**

\* Yo ka ofri Asistans Finansye sèlman pou sitwayen ameriken ki gen yon Nimewo Sekirite Sosyal (SSN, Social Security Number) valab ak residan etranje ki otorize legalman ki te resevwa yon nimewo ID leta pou Taks (TIN, Tax ID Number)

1. Nan 12 mwa ki sot pase yo, èske w te aplike pou: *(ansèkle tout sa ki valab)*

Medicaid	Enfimite Sekirite Sosyal (Social Security Disability)	Asistans Medikal Kaounti (County Medical Assistance)	Konpansasyon Travayè (Workers Compensation)	Achte Asirans Sante dapre Lwa PPACA (Health Exchange Marketplace)	LÒT	ANKENN
----------	---	--	---	---	-----	--------

2. ENFÒMASYON sou MOUN NAN KAY/FANMI Moun nan kay la defini antan mari oswa madanm, paran timoun minè, timoun minè ak/oswa frè ak sè ki poko gen 21 an k ap viv ansanm. *Tout espas yo obligatwa pou ranpli*

Manm Kay la	Kisa li ye pou Moun ki bay garanti a	Dat Nesans	Fason li Fè Taks ( <i>chwazi Apa, Ansanm, Pa Fè Taks</i> )

**Total kantite Moun nan kay la:** \_\_\_\_\_



# BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

3090 Caruso Court Suite 20 Orlando, Fl. 32806  
BayfrontStPeteFinancialHelp@orlandohealth.com  
Phone (321) 843-8955 / Fax: (321) 843-1532

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

## Eta Finans Moun ki bay garanti / Guarantor Financial Statement

3. REVNI MOUN NAN KAY/FANMI Bay revni pou tèt pa ou, mari oswa madanm ou, ansanm ak tout lòt manm fanmi an (si sa aplikab)

*Tout espas yo obligatwa pou ranpli*

Sous Revni	Revni Aktyèl pa Mwa Anvan Taks (Moun ki bay garanti a)*	Revni Aktyèl pa Mwa Anvan Taks (Mari/Madanm/lòt)*	Total Revni Fanmi*
Salè/Travay ak pwòp tèt ou, Sipò pou Timoun/Alimoni			
Sekirite Sosyal, Pansyon, Dividann, Enterè, Revni Lwaye			
Chomaj, Konpansasyon Travayè			

Gwo Total Revni Fanmi: \_\_\_\_\_

**\*Si ou te rapòte \$0 kòm revni, tanpri bay yon deskripsyon tou kout sou fason ou kouvri bezwen debaz pou w viv**

### SÈTIFIKASYON REVNI / INCOME CERTIFICATION

Mwen sètifye tout enfòmasyon ki endike anwo a kòrèk epi se laverite, epi mwen rekonèt si m bay fo enfòmasyon nan fòm sa a, sa gendwa anile yon asistans finansye oswa tout asistans yo te ka anvizaje pou mwen resevwa. Annakò avèk Lwa Eta Florid 817.50 lè yon moun bay fo enfòmasyon pou fè fwòd nan yon lopital pou jwenn byen oswa sèvis, sa se yon deli nan dezyèm degre, epi mwen sètifye ke enfòmasyon mwen bay anwo a egzat. Bayfront Health St. Petersburg bay tèt li dwa pou chanje nenpòt desizyon ki pran ki apiye sou fòm sa a, kote pou desizyon sa, yo rebran lajan annapre.

\_\_\_\_\_  
Siyati Temwen / Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Dat / Date

\_\_\_\_\_  
Lè / Time

\_\_\_\_\_  
Non Temwen an ak lèt detache / Witness Printed Name

\_\_\_\_\_  
Siyati Moun ki bay garanti a / Guarantor Signature

\_\_\_\_\_  
Dat / Date

\_\_\_\_\_  
Lè / Time

\_\_\_\_\_  
Non Moun ki bay garanti a ak lèt detache / Guarantor Printed Name

***Pou yo egzaminen aplikasyon an, ou dwe ranpli tout espas ki pou ranpli nan dokiman sa a***

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		