

Formulario de solicitud para ayuda financiera

Para ser considerado para la ayuda financiera debe proporcionar los siguientes*:

- La solicitud de ayuda financiera completada y firmada.**
- Justificante de ingresos:** (Indique cada uno de los siguientes o una explicación de ¿Por qué no proporcionada)
 - Declaración federal de impuestos sobre ingresos(s) para su hogar durante el año calendario más reciente
 - Extractos bancarios de todas las cuentas bancarias de los últimos 2 meses
 - Dos (2) últimos talones de pago o una declaración de su empleador con respecto a sus ingresos
 - Si trabaja para si mismo, proporcione una copia de su último trimestre financiero del negocio junto con el del año anterior, la devolución de impuestos de negocio**
 - Desempleo declaración mostrando la denegación o la elegibilidad y la cantidad de recibir.
 - Documentación escrita de todas las formas de ingresos. (Es decir, fondos fiduciarios, los dividendos de acciones, manutención de menores, pensión alimenticia, seguridad social, asistencia pública, cupones de alimentos, etc.)
 - Si no han tenido ningún ingreso durante los últimos tres (3) meses o recientemente ha habido un cambio en su situación financiera debe incluir una declaración o una carta explicando su situación. Si alguien está apoyando, ellos deben firmar la declaración de apoyo en la página 4 de la solicitud
 - Identificación:**
Dos formas de identificación. (es decir, la licencia de conducir, identificación con fotografía del gobierno, tarjeta de seguro social, certificado de nacimiento o passaporte)
 - Cualquier otra información que demuestra las dificultades financieras o la necesidad de asistencia financiera.** (es decir, carta approving la asistencia pública o carta de denegación, carta(s) de apoyo, extractos bancarios, etc.).

Si, por cualquier razón, no puede proporcionarnos la información solicitada, por favor adjunte una declaración en escrito explicando por qué no puede proporcionar esta información.

Enviar las solicitudes completadas y documentación al:

Jupiter Medical Center
Attn: Patient Financial Counselor **o por fax: 561-263-4124**
1210 S. Old Dixie Hwy.
Jupiter, FL 33458

El hecho de no presentar toda la información solicitada puede resultar en la denegación de su solicitud. Las aplicaciones deben ser devueltos dentro de 14 días o la solicitud puede ser denegada.

Por favor tenga en cuenta que si la asistencia financiera es aprobada sólo cubrirá sus facturas médicas de nuestras instalaciones. No se aplicará a las facturas de otros proveedores de servicios médicos, hospitales o médicos, a menos que ellos específicamente estén acuerdo a aceptarla. Póngase en contacto con los otros proveedores de servicios médicos DIRECTAMENTE PARA PREGUNTAR ACERCA DE LAS OPCIONES DE AYUDA. Cuando solicite asistencia financiera usted está dando su consentimiento para nosotros hacer las investigaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras o referencias. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor contacte a el consejero financiero al 561-263-3820.

Solicitud de ayuda financiera
Información del paciente
Fecha: _____

Número(s) de la cuenta: _____ **Total Adeudado:** _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Nombre de cónyuge o garante: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Años/meses en residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Información sobre el hogar:

Nombre del Miembro	Edad	Relación	Empleador	Ingreso bruto anual

Tamaño total de la familia: _____ **Total de dependientes:** _____ **Total de ingreso familiar \$** _____

Selección de información:

❖ Actualmente usted tiene seguro de salud? (S/N)____ Si la respuesta es sí, proporcione información del seguro a continuación

➤ Nombre del Seguro: _____ ➤ # de Poliza _____

➤ Nombre/Número de grupo: _____

❖ A tenido seguro médico que ha terminado en los últimos 3 meses? (S/N)____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:

➤ Qué tipo de seguro? (ej. BCBS, Medicaid, Tricare, etc.) _____

➤ Motivo de terminación de seguros? _____

➤ A solicitado cobertura de seguro cobra? (S/N) ____ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

➤ Nombre del ex empleador: _____

❖ Está en servicio militares activo o jubilado? (S/N)__ En caso afirmativo, ¿usted es elegible para beneficios de VA? ____

❖ Ha aplicado para Medicaid o discapacidad? (S/N)____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:

➤ ¿Cuándo? _____ ➤ Dónde? _____

➤ Trabajador social? _____

➤ A cambiado el estado de su hogar o ingresos desde la última vez que aplicó? (S/N) ____

❖ Fuiste una víctima de un crimen? (S/N)____ Si la respuesta es sí, complete los siguientes.

➤ Ha presentado una denuncia a la policía? (S/N)____ (debe ser presentada dentro de 72 hrs. del incidente)

➤ Completó la aplicación de víctima del delito? (S/N)____

❖ Si usted tiene otras circunstancias especiales que le gustaría que nosotros consideremos al examinar su solicitud, sírvase explicar a continuación:

Evaluación Financiera

Número de Cuenta(s) _____

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

Los gastos mensuales de

alquiler/hipoteca	\$ _____
Utilidades	\$ _____
Alimentos	\$ _____
Teléfono celular/Pager	\$ _____
Cable	\$ _____
Préstamo Auto	\$ _____
Seguro de Auto	\$ _____
Préstamos de	\$ _____
Child Support	\$ _____
Tarjeta de crédito (pago mínimo)	\$ _____
Otro	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____

Gastos totales \$ _____

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

TOTAL DE GASTOS MENSUALES \$ _____

CANTIDAD DISPONIBLE \$ _____

Activos

Cuenta corriente(s)	\$ _____
Cuenta de ahorro(s)	\$ _____
Otro activos en efectivo de	\$ _____
Tarjetas de crédito (crédito disponible)	\$ _____

Ingreso bruto mensual

Empleo Ingresos	\$ _____
Ingresos de Cónyuge	\$ _____
Ingresos de Jubilación de	\$ _____
Estampillas de Comida	\$ _____
Beneficios del gobierno	\$ _____
Apoyo de Niño	\$ _____
Other	\$ _____

Ingreso Totales \$ _____

Patient/Guarantor Certification

Yo, _____, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta al mejor de me conocimiento. Entiendo que si no coopero con el hospital en suministrar cualquier información adicional solicitada; mi solicitud puede ser denegada para una posible asistencia financiera. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del hospital, incluyendo las agencias de informes de crédito, sujetas a revisión por las leyes federales y/o estatales y otros organismos, según sea necesario. Entiendo que esta solicitud se refiere a los gastos del hospital y no cargos del médico. Entiendo que si cualquier información que le dado resulta ser falsa, el hospital volverá a evaluar mi situación financiera y tomara cualquier acción que resulta apropiada. También soy consciente de que sólo se aplica para las cuentas especificadas anteriormente, y que mi situación financiera tendrá que ser reevaluado y puede requerir una nueva solicitud para cualquier/todos tratamiento futuro

RECIBIDO EN Jupiter Medical Center, Inc. I CERTIFY the information I have provided is true and accurate to the best of knowledge. I understand that if I do not cooperate with the hospital in supplying ANY additional requested information; my application may be denied for possible financial assistance. I understand that the information which I submit is subject to verification by the HOSPITAL, including credit reporting agencies, and subject to review by FEDERAL and/or STATE AGENCIES and others as required. I understand that this application pertains to hospital charges and not physician's charges. I understand that if any information I have given proves to be untrue, the HOSPITAL will re-evaluate my financial status and take whatever action becomes appropriate. I am also aware that I am only applying for the accounts specified above, and that my financial status will have to be reevaluated and may require a new application for any/all future treatment I receive at Jupiter Medical Center.

Firma del paciente/garante _____

Fecha _____

Para Uso de oficina sólo

Revisado por: _____ Fecha: _____

Recomendación: _____

- % de Caridad _____
- Razón de la denegación _____

Approved by:

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

Documentación financiera adicional
(Sólo se completa cuando aplicable)

Número de Cuenta(s)

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

_____ **Declaración de apoyo:**

Mi firma certificará que yo, _____, le proporcionado todos los elementos esenciales para la vida, al paciente nombrado, y lo he hecho por un período de _____ años/meses.

Firma de la persona apoyando al paciente Relacion al Paciente Fecha

_____ **Declaración sin hogar jurada**

Yo, (imprimir nombre) _____ Certifico que soy desamparado, no tengo una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o activos y no hay ingresos, solamente donaciones de otros.

Firma Fecha

_____ **No hay cambios en la situación financiera desde la aplicación anterior de asistencia financiera**

Yo, (imprimir nombre) _____ Certifico que no han habido cambios en mi (ni mi cónyuge) Situación financiera desde mi solicitud de asistencia financiera anterior de Jupiter Medical Center, que fue completada en _____. Seleccione una de las siguientes opciones:

- Sigo siendo apoyado por otro. Ellos ofrecen elementos esenciales necesario para la vida para mi y lo han hecho por un período de _____ años/meses.
- Todavía estoy sin hogar. Estoy sin hogar, no tengo una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o activos y no hay ingresos, solamente donaciones de otros.
- No hay cambios en mi (o mi cónyuge) ingreso o el tamaño de mi hogar desde mi aplicación anterior.

Firma Fecha