



- £ Jacksonville
- £ Baptist South
- £ Baptist Beaches
- £ Baptist Nassau
- £ Baptist Clay
- £ Baptist Town Center
- £ Baptist North
- £ Wolfson Children's Hospital

Solicitud de ayuda económica para servicios hospitalarios

Fecha:	Cuenta:
--------	---------

Información del paciente	Información del garante (si no es el mismo que el paciente)
Nombre:	Nombre:
Domicilio:	Domicilio:
Ciudad:	Ciudad:
Estado: Código postal:	Estado: Código postal:
Teléfono particular:	Teléfono particular:
Teléfono laboral:	Teléfono laboral:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
N.º del Seguro Social:	N.º del Seguro Social:
Estado civil:	Estado civil:

Incluya información sobre usted, su cónyuge, sus hijos dependientes menores de 18 años que vivan con usted y sus hijos dependientes menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación a tiempo completo

Nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social

Antecedentes laborales/de ingresos

Para todos los integrantes de la familia, enumere los empleos y otras fuentes/montos de ingresos semanales de los últimos doce (12) meses

Integrante de la familia	Empleador	N.º de teléfono del empleador	Salario mensual	Fecha de empleo MM/AA - MM/AA

Otros antecedentes de ingresos

Para todos los integrantes de la familia, enumere todas las demás fuentes de ingresos mensuales de los últimos doce (12) meses

Otros ingresos mensuales	Nombre del integrante de la familia	Desde	Hasta	Monto
Seguro Social				
Ingreso por inversión				
Jubilación				
Seguridad de ingreso suplementario (SSI)				
Desempleo				
Indemnización laboral				
Cuota alimentaria				
Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)				
Beneficios para excombatientes				
Alquiler de inmueble				
Anualidad del seguro				
Manutención de hijos				
Ingresos por cobro de intereses				
Otro				
Total de otros ingresos				
Total de salario y otros ingresos				

Activos

Efectivo, ahorros, cuentas corrientes	\$
Certificado de depósito	\$
Bono de ahorro de los EE. UU., Bonos/Letras del Tesoro de los EE. UU.	\$
Acciones, fondos de inversión, fideicomisos	\$
Ingreso previsional (401K, 403K, IRA)	\$
¿Tiene alguna vivienda/inmueble secundario propio que no sea su residencia primaria? Sí No	\$ (Valor justo de mercado)
Domicilio de la vivienda/inmueble secundario	
Total de activos	\$

Por medio del presente, autorizo a mis empleadores actuales y a mis exempleadores, y a los de mi cónyuge, a divulgar información laboral y de salario a Baptist Health System. Certifico que la información que consta en este formulario de Ayuda económica es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Baptist Health System, a su criterio exclusivo, puede solicitar una constancia de ingresos para validar si cumplo con los requisitos para recibir atención benéfica.

Autorizo a Baptist Health a obtener un informe crediticio para realizar la evaluación de mi solicitud de ayuda económica.

De conformidad con el artículo 817.50 de las Leyes de Florida, brindar información falsa para engañar a un hospital a los fines de obtener bienes o servicios constituye un delito menor de segundo grado.

Solicitante/Garante: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Representante del hospital: _____ Fecha: _____

Para que el hospital pueda verificar el salario

Empleador:	Salario verificado:
Representante de la empresa:	Firma del empleado: