

Programa de Asistencia Financiera de Baptist Health

Si necesita ayuda para pagar los servicios de atención médica recibidos en un hospital de Baptist Health, nuestro Programa de Asistencia Financiera (PAF) puede ayudarle. Complete esta solicitud en su totalidad para que nuestros Asesores Financieros del Paciente puedan revisar y procesar la solicitud a tiempo. La información que no se incluya o sea poco clara puede retrasar el proceso de solicitud o incluso provocar la denegación de esta.

Además de la solicitud, es posible que se le pida que proporcione la siguiente documentación:

| Tipo de ingreso familiar | Documentación necesaria |
|---|--|
| Ingresos generados a partir del empleo | <ul style="list-style-type: none"> Recibo de pago más reciente que incluya los salarios brutos del año hasta la fecha O Recibos de pago del mes completo más reciente |
| Ingresos provenientes de trabajos autónomos o del alquiler de inmuebles | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Declaración de pérdidas y ganancias O Contrato(s) de alquiler |
| Ingresos provenientes de inversiones (intereses, dividendos, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Declaraciones de inversión |
| Beneficios por desempleo o indemnizaciones por accidente laboral | <ul style="list-style-type: none"> Resumen de pagos que muestre los beneficios brutos semanales |
| Cuota alimentaria o manutención de hijos | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Fallo judicial de divorcio o monto concedido |
| Ingresos provenientes de pensiones o jubilaciones/anualidad | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Carta de beneficios brutos mensuales |
| Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario o beneficios para veteranos | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Carta de beneficios brutos mensuales |

| Tipo de activos del hogar | Documentación necesaria |
|---|---|
| Efectivo | <ul style="list-style-type: none"> Estado de cuenta actual de todas las cuentas corrientes y de ahorro |
| Inversiones (certificados de depósito, bonos de ahorro de los EE. UU., letras del Tesoro de los EE. UU., acciones, fondos del mercado monetario, fondos de inversión, fondos fiduciarios, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> Estados de inversiones que muestren los saldos |
| Vivienda secundaria | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de la hipoteca (que no sea la residencia principal) O Recibo o declaración del impuesto sobre bienes inmuebles |

| Miembros del grupo familiar | Documentación necesaria |
|--|--|
| Hijos dependientes menores de 18 años que viven con usted | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Documentos de tutela O Fallo judicial de divorcio |
| Hijos dependientes menores de 25 años que sean estudiantes a tiempo completo | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos O Prueba de inscripción escolar |
| Familiar elegible que vive con usted (padres, suegros, hermanos, sobrinos) | <ul style="list-style-type: none"> Declaración de impuestos más reciente con todos los anexos que demuestre que los incluye en su declaración de impuestos |

Cómo presentar su solicitud:

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Preséntela en línea en: www.My.BaptistChart.com</p> |  <p>Envíenos un correo electrónico a: PFSAAPPT@bmcjax.com</p> | |
|  <p>En persona en:</p> | <p>Cualquiera de nuestros hospitales de Baptist</p> <p>O en nuestro hospital de San Marco East en:</p> <p>3563 Philips Highway, BLDG B, STE 201 Jacksonville, FL 32207</p> |  <p>Envíe correspondencia a: Baptist Health Jacksonville P.O. Box 736048 Dallas, TX 75373-6048 Attn: Patient Financial Advocate</p> |

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 904.202.2092

ANEXO D

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ N.º de SS: ___ - ___ - ___ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Embarazada: Sí No Discapacitado: Sí No Persona sin hogar: Sí No Estado civil: _____

¿Cuenta con un seguro médico o de automóvil que cubra los gastos de su atención médica? Sí _____ No
N.º de seguro/póliza

Miembros del grupo familiar:

Enumere a todas las personas a su cargo que viven con usted y a las que mantiene, incluidos usted, su cónyuge, hijos menores de 18 años o menores de 25 años que sean estudiantes universitarios a tiempo completo (biológicos, adoptados, hijastros u otros hijos legalmente dependientes), padres, suegros, hermanos o sobrinos.

| Nombre del miembro del grupo familiar | Fecha de nacimiento | Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social | Relación con el paciente | Situación fiscal |
|---------------------------------------|---------------------|--|--------------------------|------------------|
| Usted mismo/Paciente | | | Usted mismo/Paciente | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ingresos del grupo familiar:

Indique todos los ingresos de todos los miembros del grupo familiar enumerados anteriormente, incluido usted, o "sin ingresos".

| Nombre del miembro del grupo familiar con o sin ingresos (incluido usted) | Fuente de ingresos Indique el nombre del empleador; si es un trabajador autónomo; si percibe ingresos por alquileres o por inversiones; si recibe una indemnización por un accidente laboral o por desempleo; si se le paga una pensión alimenticia o manutención de menores; si cobra una pensión, jubilación o renta vitalicia; si obtiene beneficios del Seguro Social o para veteranos o "Sin ingresos". Si no lo sabe, escriba "Desconozco". | Cantidad de meses con o sin ingresos | Ingresos brutos mensuales actuales | Ingresos brutos anuales Lista de ingresos totales |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| Usted mismo/Paciente* | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Si declara "Sin ingresos", indique quién lo mantiene: Nombre: _____ Relación: _____

Activos del grupo familiar:

Indique todos los activos de todos los miembros del grupo familiar enumerados anteriormente, incluido usted, o indique "sin activos".*

| Nombre del miembro del grupo familiar | Tipo de activo | Importe total actual del activo en dólares |
|---------------------------------------|----------------|--|
| Usted mismo/Paciente | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Si el total de todos los activos supera los \$75,000, todo importe que supere los \$75,000 se considerará ingreso a los efectos de este cálculo.

Aviso para los beneficiarios de Medicare: Las normas federales exigen a los beneficiarios de Medicare que aporten comprobantes de sus ingresos y activos cuando soliciten asistencia financiera hospitalaria.

Baptist Health se reserva el derecho de cambiar cualquier decisión tomada en función de este formulario, lo que comprende la anulación de una cancelación, si la información presentada es incorrecta o falsa, o si las facturas médicas se refieren a un accidente para el cual habrá una recuperación posterior de dinero. Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que, de conformidad con el Estatuto 817.50 de FL, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo grado. Autorizo a Baptist Health a verificar la información proporcionada a través de un informe crediticio del consumidor, si fuera necesario.

Firma del paciente/garante

Fecha