

Solicitud de asistencia financiera

Instrucciones: Todos los campos deben completarse a menos que se indique lo contrario.

Número de historia clínica: _____

Información del paciente

Apellido, Primer nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de seguro social

Número de teléfono residencial

Número de teléfono alternativo

Información del garante

Apellido, Primer nombre

Fecha de Nacimiento

Fuente de ingresos

Últimos 12 meses de ingresos anuales del hogar

Número de seguro social

Si el ingreso es \$0, seleccione una de las siguientes opciones:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacitado | <input type="checkbox"/> Vive con pariente(s) |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| <input type="checkbox"/> Vive con amigo(s) | <input type="checkbox"/> Desempleado |

Cantidad de personas en el hogar

Cantidad de menores de 21 años en el hogar

Vehículos en el hogar, incluidos automóviles/barcos/casa rodante

Solicitud de asistencia financiera

Saldos de cuentas corrientes/de ahorros

Propiedades y valores

Saldos de cuentas de CD/jubilación/inversiones


Otros activos

Lea antes de firmar. CERTIFICO que la información que proporcioné es veraz y exacta según mi leal saber y entender. Solicitaré de manera independiente o con la ayuda de personal del hospital TODA ASISTENCIA que pueda estar disponible a través del gobierno federal, estatal, local y fuentes privadas para poder pagar esta factura de hospital. Entiendo que si no coopero con el hospital proporcionando la información solicitada, se podría rechazar mi solicitud de posible asistencia financiera. Por el presente permito y autorizo que un agente acreditado del programa Medicaid divulgue al hospital TODA información sobre el estado de mi solicitud a Medicaid y si la solicitud no se aprueba y el motivo. ASIGNARÉ al hospital TODOS LOS FONDOS recibidos de las fuentes mencionadas, que se proporcionan para ayudar a pagar esta FACTURA DE HOSPITAL. Yo, en mi nombre y en el de mis familiares directos, representantes autorizados, médicos, asesores (incluido el clero) y abogados, acepto mantener en la más estricta confidencialidad las comunicaciones escritas y las conversaciones orales entre el hospital y yo sobre cuestiones relacionadas con los servicios que me proporcionó el hospital. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación del hospital, incluidas agencias de informe de crédito, y a la revisión de AGENCIAS FEDERALES y ESTATALES y otras según se requiera. AUTORIZO a mi empleador a que muestre al hospital mi comprobante de ingresos. ENTIENDO que si se demuestra que alguna información que he proporcionado es falsa, el hospital reevaluará mi situación económica y tomará las medidas que considere apropiadas. **Para ser elegible para la asistencia, es posible que se requiera al menos una documentación de respaldo que verifique los ingresos del hogar. La documentación de respaldo puede incluir, entre otros, la última declaración de impuestos, un formulario W-2 actual, una carta de apoyo certificada por notario, etc. Las solicitudes de asistencia pueden denegarse si no se proporciona la documentación de respaldo. Cualquier saldo impago será elegible para acciones de cobro adicionales.** [Solicitantes del estado de Florida: Estatuto de Florida s.817.50 (1). Quien, deliberadamente y con intención de defraudar, obtenga o intente obtener bienes, productos, mercancías o servicios de cualquier hospital de este estado será culpable de un delito menor de segundo grado, punible en virtud de lo dispuesto en s.775.082 o s.775-083].

Firma del Solicitante / Garante

Fecha en que se completó la solicitud

Cómo enviar su solicitud

Correo	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
Email	Financialassist@medsrv.co (solo dos letras después del punto en la dirección de correo electrónico)
Portal del paciente	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
¿Preguntas?	800-462-0490

