



SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONOMICA HCH/HCMG

Apellido	Nombre	I	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento

# Teléfono Residencial	# Teléfono Contacto de Emergencia	# Teléfono Alterno

Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Empleador: Nombre de la Compañía	# Teléfono Laboral

Dirección Laboral: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Empleador del Cónyuge: Nombre de la Compañía	# Teléfono Laboral

Dirección Laboral del Cónyuge: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Declaración de Ingresos:		12 Meses Anteriores de Ingreso Bruto		¿Ha sido su condición médica ocasionada por un accidente o lesión? Sí o No ¿Ha contratado los servicios de un abogado? Sí o No Nombre del Abogado: _____
Tamaño de la Familia:		Paciente	Cónyuge	
Ingreso Total del Paciente:	\$	\$	\$	
Otro Ingreso Familiar:	\$	\$	\$	
Intereses y Dividendos:	\$	\$	\$	
Bienes Raíces o Propiedad Personal:	\$	\$	\$	
Seguro Social:	\$	\$	\$	
Asistencia Financiera del Estado:	\$	\$	\$	
Otros Ingresos: (por favor, especifique)	\$	\$	\$	
Pagos de pensión alimenticia o manutención de hijos: (descontar)	\$	\$	\$	
Salario Mensual Actual	\$	\$	\$	
Total de Ingresos Combinados	\$	\$	\$	# Tel del Abogado: _____

Información de Gastos Mensuales Permitidos		Pago
<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Hipoteca	Mensual	\$
Utilidades	Mensual	\$
Gastos Alimenticios Permitidos	Mensual	\$
Otros Gastos Permitidos	Mensual	\$
Total de Gastos Mensuales		\$

Otras Consideraciones

Cuido de Niños / Niñera	Sí	No
Padre soltero encargado de cuidar a una persona en la tercera edad	Sí	No
Costo de los servicios sobrepasa reembolso de tercera parte	Sí	No
¿Servicios de Emergencia?	Sí	No
Si el paciente falleció, ¿hay alguna herencia?	Sí	No

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el Holy Cross Hospital y/o Holy Cross Medical Group verifique mi empleo e historial crediticio o y determine mi elegibilidad para asistencia o descuento financiero. Entiendo que pueden requerir un comprobante para la información que aparece en la solicitud. Certifico que la información anterior es cierta y correcta a mi mejor saber y entender. Además, entiendo que si solicitara cualquier tipo de asistencia estatal o federal para ayudar a subsidiar los gastos hospitalarios, voy a tomar toda acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y designar o pagar al hospital la cantidad que reciba para los gastos hospitalarios.

Entiendo que esta solicitud de asistencia aplica solamente a las fechas de servicio y números de cuenta correspondientes a los que se indican en esta solicitud del Holy Cross Hospital y Holy Cross Medical Group y que soy responsable por otros gastos adicionales que pueda incurrir de otras entidades profesionales incluyendo, entre otras, Anestesiólogos, Radiólogos y Patólogos. A menos que el paciente requiera un curso de tratamiento de acuerdo a un diagnóstico, debo someter otro formulario de asistencia económica para cada día de servicio. Entiendo que esta solicitud de asistencia económica solamente aplica a las cuentas del Holy Cross Hospital y Holy Cross Medical Group y que no puede incurrir cargos adicionales de otras entidades profesionales de las cuales voy a ser responsable por el pago incluyendo, entre otros, Anestesiólogos, Radiólogos y Patólogos.

Fecha de la Solicitud: _____ **Firma del Solicitante:** _____

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS

Nombre del Paciente: _____

Yo, _____, por medio de la presente certifico so pena de acción legal por fraude que el total de mi ingreso personal y/o familiar por los pasados doce meses fue \$ _____ y que mi hogar/núcleo familiar consiste de _____ personas. Certifico que resido en País/Condado de _____.

Esta información sobre ingresos se puede verificar si llama a los siguientes empleadores:

Nombre de la Empresa	Teléfono
-----------------------------	-----------------

***Si no está empleado actualmente por favor escriba “desempleado” sobre la línea anterior.**

En conformidad con la Sección 817.50 FS, suministrar información falsa para defraudar un hospital /clínica con el propósito de obtener bienes o servicios se considera un delito en segundo (2º) grado. Al firmar este formulario otorgo mi consentimiento para que el Holy Cross Hospital verifique mi empleo e historial crediticio con el propósito de determinar mi elegibilidad para asistencia o descuento financiero.

NOMBRE DEL GARANTE

Fecha

FIRMA DEL GARANTE

NOMBRE DEL TESTIGO

Fecha

Parentesco con el paciente

Estado de la Florida
Condado de Broward

Suscrito y juramentado ante mí el día _____ de _____ del

20_____, por _____ a quien conozco personalmente o me presentó

_____ como identificación.

Fecha

NOTARIO PÚBLICO
ESTADO DE LA FLORIDA



**EVALUACIÓN FINANCIERA
HOLY CROSS HOSPITAL/HOLY CROSS MEDICAL GROUP
P.O. BOX 23460
FT. LAUDERDALE, FL 33307-3460**

Información Necesaria para Establecer Elegibilidad:

1. Declaración de Impuestos con W-2/1099 del año anterior. Debe incluir **TODAS LAS PÁGINAS.**
2. Declaración Jurada de Ingresos **ADJUNTA.**
3. Estado de cuenta bancario de los pasados tres (3) meses que incluya **TODAS LAS PÁGINAS.**
4. Nómina de pago reciente u Otro Comprobante de Ingresos por los **PASADOS 12 MESES.**
5. Certificado de **Identidad**

Holy Cross Hospital y Holy Cross Medical Group se reservan el derecho de solicitar información adicional según sea necesario para procesar esta Solicitud de Asistencia Económica.

Es necesario que envíe la solicitud dentro de un periodo de 15 días.

Una vez envíe toda la información requerida según se indica anteriormente, su solicitud va a ser evaluada y le notificarán la determinación.

El incumplimiento en presentar la información que se solicita anula automáticamente cualquier extensión de pago o beneficios de asistencia económica.