

Nombre del paciente en letra de molde _____

No. de cuenta o No. de Seguridad Social _____

Instrucciones: Todas las preguntas deben ser respondidas. Si una pregunta no corresponde, escriba N/A en la línea.

Adjunte una fotocopia de **una de las siguientes** pruebas de ingresos al formulario completado:

1. Declaración de impuestos de años pasados
2. Últimos 2 comprobantes de cheques de pago
3. Carta del empleador - (para incluir el nombre del empleado, salario por hora, cantidad de horas trabajadas)
4. Cheque de seguridad social o carta de adjudicación
5. Carta de adjudicación de desempleo o cupones de alimentos

Ciudadanía (marque una): Ciudadano estadounidense No ciudadano estadounidense

Estado civil (marque uno): Casado Soltero Divorciado

Nombres de dependientes (deducciones legales en su declaración de impuestos) Número en el hogar _____

Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____

Vivienda (marque una): Propia Alquiler Pago de casa \$ _____ / mes
Servicios Electricidad \$ _____ /mes Gas \$ _____ /mes Agua \$ _____ /mes

Automóviles Propio (¿Cuántos?) _____ Arrendado (¿Cuántos?) _____ Pago(s) del automóvil: \$ _____ /mes

Cuentas bancarias/Otros bienes (**debe responder todas las tres preguntas**) Adjunte una fotocopia del estado bancario

¿Cuenta corriente? Sí No \$ _____ ¿Cuenta de ahorros? Sí No \$ _____

¿Bienes adicionales? (Marque una con un círculo) Sí No Describa: _____

Empleo – PACIENTE Nombre del empleador: _____
Empleo – CÓNYUGE/GARANTE – Nombre del empleador: _____

Paciente Empleado a tiempo completo Cónyuge/Garante Empleado a tiempo completo
 Empleado tiempo parcial Empleado tiempo parcial
 No empleado No empleado

Otra ayuda Pensión \$ _____ por mes Manutención infantil \$ _____ por mes
 Fondo fiduciario \$ _____ por mes Beneficio para sobrevivientes \$ _____ por mes
 Desempleo \$ _____ por mes Comp. del trabajador \$ _____ por mes

Ingreso familiar total \$ _____ por mes (la adjudicación requiere comprobante de ingresos con la solicitud)

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Si la información suministrada es inexacta o incompleta, o si el ingreso familiar del paciente excede las directrices de beneficencia, entiendo que seré responsable del pago del saldo total de la factura. Entiendo que esta determinación es condicional y no se aplica a reclamaciones de terceros, tales como juicios, acuerdos, embargos preventivos o cualquier otro pago o responsabilidad de terceros. Hospitales Bautista del Sureste de Texas conserva sus derechos para recuperar el saldo total de mi factura de cualquier recurso de terceros en la medida máxima permitida por la ley. Si mi (nuestro) caso es seleccionado para la clasificación de cuidado de indigente, yo (nosotros) doy mi (nuestro) consentimiento a Hospitales

Hospitales Bautista de SETX

Formulario de información financiera

Bautista del Sureste de Texas para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.

Nombre del paciente en letra de molde

No. de cuenta o No. de Seguridad Social

Firma del paciente/garante

Fecha

(Inserte el nombre)
(Inserte la dirección)
(Inserte ciudad/estado)

Estimado (inserte el nombre del garante)

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecerle por elegir a Hospitales Bautista del Sureste de Texas como su proveedor de atención médica.

Para ayudar a facilitar la liquidación de sus cuentas, le enviamos un formulario de información financiera. Por favor, complete todas las áreas, firmelas en la parte inferior y envíenos un **comprobante de ingresos y estados de cuenta bancarios** de sus cuentas corrientes y de ahorro. La prueba de ingresos puede ser la declaración de impuestos del año pasado, los dos últimos comprobantes de pago, recibo de confirmación de beneficios de desempleo, una carta de su empleador que indique el nombre, ocupación, salario por hora y cantidad de horas trabajadas o prueba de ingresos subsidiados como ayuda de seguro de ingreso suplemental o carta de seguridad social.

Al recibir la información, la revisaremos para ver si usted es elegible para recibir asistencia de cualquier condado o del hospital en la cuenta en cuestión. Esta asistencia está disponible para aquellos que cumplan con ciertas pautas federales de ingresos. Después de la revisión, se le notificará la determinación. Si se aprueba, puede ser elegible para una parte, si no todas, las facturas de su hospital a ser cubiertas por este programa.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a servicio de atención al cliente al **409-212-6141** o simplemente envíe el formulario de información financiera y el comprobante de ingresos a la siguiente dirección:

Baptist Hospitals of SETX
Attn: **Business Office**
PO Box 1591
Beaumont, Texas 77704

Cordialmente,

Inserte – su nombre aquí y firme