

III. Otros activos

Si tiene alguno de los siguientes bienes, anótelos en la lista e indique el valor aproximado.

Saldo del préstamo hipotecario _____	Valor aproximado _____
Automóvil Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otra propiedad _____	Valor aproximado _____

Total: _____

IV. Gastos mensuales

Cantidad

Renta o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pagos de automóviles	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro de automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____

V. Otros gastos

¿Tiene alguna otra factura médica sin pagar? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si tiene un plan de pagos, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si solicita que el hospital extienda la ayuda económica adicional, el hospital podría solicitar información adicional para tomar una determinación complementaria.

Entiendo que de acuerdo con los Estatutos de Florida 817.50, dar información falsa para defraudar un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo grado.

Firma del solicitante

Relación con el paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Devuelva la Solicitud de Ayuda Económica completa y los documentos de respaldo a:

All Children's Hospital
501 6th Avenue South D#9050
St. Petersburg, FL 33701
727-767-4161

ALL CHILDREN'S HOSPITAL

CUESTIONARIO SOBRE EL PERFIL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____

EXPEDIENTE MÉDICO #: _____

1. ¿Qué edad tiene el paciente? _____
2. ¿El paciente es ciudadano estadounidense o residente permanente? Sí o No
3. ¿Está embarazada la paciente? Sí o No
4. ¿Tiene el grupo familiar otros menores de 21 años de edad viviendo en el hogar? Sí o No
5. ¿Está el paciente ciego o potencialmente incapacitado por 12 o más meses de empleo remunerado? Sí o No
6. ¿Está el paciente recibiendo beneficios del SSI o del SSDI? Sí o No
7. ¿Tiene el grupo familiar (y, si está casado, el cónyuge) activos o cuentas bancarias totales convertibles en efectivo que no excedan las siguientes cantidades? Sí o No

Tamaño familiar: Individual: \$2,500.00

Dos personas: \$3,000.00

Por cada integrante adicional de la familia, añada \$100.00

(Ejemplo: Para una familia de cuatro, si los activos líquidos totales son menores de \$3,200.00, usted respondería SÍ).

8. ¿En qué estado reside la familia o el paciente? _____
 9. ¿No tienen hogar la familia o el paciente? Sí o No
 10. ¿Recibe la familia o el paciente SNAP o cupones para alimentos? Sí o No
 11. ¿Tiene actualmente la familia o el paciente lo siguiente?
 Asistencia médica / farmacia únicamente Sí o No
 Cobertura QMB / Cobertura SLMB Sí o No
 Servicios médicos para niños Sí o No
 12. ¿Está empleada la familia o el paciente? Sí o No
 En caso negativo, indique la fecha en que quedó desempleado. _____
- ¿Es elegible para la cobertura de seguro de salud COBRA? Sí o No

ALL CHILDREN'S HOSPITAL
SOLICITUD POR DIFICULTAD FINANCIERA MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____

HISTORIA CLÍNICA #: _____

Fecha: _____

Ingresos Familiares en los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de esta solicitud: _____

Deuda Médica con el All Children's Hospital por los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de esta solicitud: _____

Fecha de servicio

Suma adeudada

Toda la documentación presentada hace parte de esta solicitud.

Toda la información presentada en la solicitud es cierta y correcta según mi leal saber y entender.

Fecha: _____

Firma del Solicitante

Relación con el Paciente

Para Uso Interno:

Revisado Por: _____ Fecha: _____

Ingresos: _____ 25% de los ingresos = _____

Deuda Médica: _____ Porcentaje del Beneficio: _____

Reducción: _____ Saldo Adeudado: _____

Suma de la Cuota Mensual: _____ Duración del Plan de Pagos: _____ meses