PFFIN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Dirección permanente: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Estado: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección postal, si es diferente:

Dirección: _____ Ciudad:: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

1 En los últimos 90 días, ¿ha solicitado ayuda financiera o completado este formulario? ☐ Sí ☐ No

2 En la actualidad, ¿tiene algún tipo de seguro médico? ☐ Sí ☐ No

3 ¿La visita a su proveedor fue consecuencia de un accidente en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

4 ¿La visita a su proveedor fue consecuencia de un accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No

Si respondió de manera afirmativa a ALGUNA de las preguntas anteriores, DETÉNGASE. Comuníquese con la oficina comercial del centro de Baptist donde se recibieron los servicios para hablar de su cuenta

En la siguiente tabla, mencione al paciente y a los familiares que viven en el mismo hogar que el paciente. Los familiares son personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Incluya la relación y la edad de todos los familiares. Luego, mencione el monto y la fuente de ingresos de cada persona. Los ingresos incluyen el sueldo bruto (antes de la declaración de impuestos), los ingresos por rentas, una indemnización por desempleo, beneficios del seguro social, la jubilación, beneficios por discapacidad, la asistencia pública, etc. La documentación que respalda los cálculos de los ingresos debe presentarse con esta solicitud firmada.

Familiar (nombre)	Relación con el paciente	Edad	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Recibos de sueldo de los últimos tres meses	Ingresos de la declaración de impuestos de los últimos 12 meses
Total de familiares			Total de ingresos		

Su solicitud no puede procesarse, a menos que facilite <u>uno</u> de los siguientes documentos <u>para respaldar cada una de las fuentes</u> de ingresos mencionadas arriba.

Recibos de sueldo de los últimos tres meses
Declaración de impuestos del año anterior
Formulario W2 del año anterior
Documentos relacionados con programas de asistencia federal y estatal
Documentos legales/Manutención de hijos
Estados de cuenta de la pensión/jubilación
Resúmenes bancarios (solo para depósitos de SSA/jubilación)

Regrese esta solicitud y la información obligatoria a la oficina comercial del centro de Baptist donde recibió los servicios.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del paciente o de la persona autorizada para firmar por el paciente **Relación con el paciente**

_____ **Place of Service** _____ **Hospital or** _____ **Physician**

Date

FOR PROVIDER USE ONLY

Account Number _____ Date of Service _____

BMHCC Provider _____

BAPTIST®

Baptist Central Business Office
P.O. Box 745336, Atlanta, GA 30384-5336
Fax # 901-226-0772
Email Address: fap@bmhcc.org

FINANCIAL APPLICATION

(SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA)

Form # 0101-44SP (09/26)

▼ Patient Label ▼