



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 ¿Ha solicitado ayuda financiera o ha completado este formulario en los últimos 90 días? Sí No
- 2 ¿Tiene actualmente 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
- 5 ¿Su residencia principal es fuera de EE. UU.? Sí No

Si respondió Sí a CUALQUIERA de las preguntas anteriores, DETÉNGASE. Comuníquese con la Oficina comercial del centro de Baptist donde recibió los servicios para hablar sobre 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 nombré del empleador	Recibo de sueldo de los últimos tres meses	Declaración de impuestos de los últimos 12 meses
Total de familiares			Total de ingresos		

Su solicitud no puede ser procesada a menos que usted provea uno de los siguientes documentos para respaldar cada una de las fuentes de ingresos mencionadas arriba.

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

Regrese esta solicitud y la información requerida 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 a firmar por el paciente _____ Relación con el paciente _____

Fecha _____ Lugar del servicio _____ Hospital o _____ Médico _____

FOR PROVIDER USE ONLY

Account Number _____ Date of Service _____

BMHCC Provider _____



NEA Baptist Business Office
4800 East Johnson, Jonesboro, AR 72405

N.º de fax 870-936-1062

FINANCIAL APPLICATION

▼ Patient Label ▼