

*****Solicitud para Asistencia Financiera*****

UF Health
Servicio al cliente
P O Box 100334
Gainesville, FL 32610-0334

Nombre del paciente: _____
 N.º de Expediente Médico: _____
 Fecha de nacimiento del paciente: _____
 Aval: _____ Dirección: _____
 Número de cuenta: _____

*****DEPENDIENTES DE LA FAMILIA*****

(Incluye el cónyuge, hijos menores de 18 años y toda persona declarada en su declaración de impuestos o en la declaración de impuestos de su cónyuge).

1.	Nombres y apellidos:	Fecha de nacimiento:	4.	Nombres y apellidos:	Fecha de nacimiento:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	5.	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	6.	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

*****DATOS DE LA MADRE/PADRE O GARANTE*****

N.º Seguridad Social: _____

Nombre del contratante/empresa: _____

¿Tiene Seguro médico? _____ Si es así, por favor escriba los datos del seguro: _____

Sueldo por hora: \$ _____ Media de horas trabajadas por semana: _____

Actualmente los ingresos brutos semanales, mensuales: \$ _____

Si está en desempleo, la última fecha que trabajó: _____ / _____ / _____

Estado civil (marque la respuesta con un círculo): Soltero / Casado / Divorciado / Separado

****El estado de Florida no ofrece la separación legal. Por lo tanto, si marca "separado", se le pedirán documentos adicionales. ****

*****DATOS DEL CÓNYUGE*****

N.º de Seguridad Social: _____ Nombre de la empresa/contratante: _____

Sueldo por hora: \$ _____ Media de horas trabajadas por semana: _____

Actualmente, ingresos semanales, mensuales o anuales _____

Si está en desempleo, la última fecha que trabajó _____ / _____ / _____

¿El cónyuge tiene seguro? _____ Si tiene, por favor escriba los datos del seguro: _____

*****OTROS INGRESOS*****

Si corresponde, por favor proporcione documentos de apoyo de para cualquiera de los ingresos a continuación que usted recibe

	Paciente/Garante	Cónyuge	Dependientes
Seguridad social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación laboral	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de la Administración de Veteranos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión compensatoria	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos de alquileres	\$ _____	\$ _____	\$ _____

*****DATOS DE BIENES*****

Si corresponde, por favor proporcione documentos de apoyo para los siguientes ítems:

	Paciente/Garante	Cónyuge
Valor de la vivienda	\$ _____	\$ _____
Saldo que debe:	\$ _____	\$ _____
Valor de otros bienes / bienes inmuebles	\$ _____	\$ _____
Acciones/Bonos/CDs/Cuentas de jubilación	\$ _____	\$ _____
N.º de cuenta corriente:	\$ _____	\$ _____
N.º de cuenta de ahorros:	\$ _____	\$ _____

¿Ha solicitado Medicaid u otro tipo de asistencia? Sí/No

Si contestó sí, por favor escriba su número de Medicaid _____.

Si contestó sí y se lo denegaron, por favor entregue una copia de la carta de denegación

Si contestó sí y está su solicitud está pendiente, por favor escriba su número de solicitud _____.

Si contestó no, por favor llame a su oficina de Medicaid local y averigüe su elegibilidad.

Doy fe que los antedichos datos son ciertos y correctos. Es más, autorizo a UF Health a que inquiera la información que sea necesaria para verificar la exactitud de los datos contenidos en el presente documento, incluyendo los datos de la empresa/contratante, Oficina de Créditos, u otra institución financiera si fuese necesario. Conforme a la sección 817.50 de la ley pública de los Estatutos de Florida, proveer datos falsos para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo (2º) grado.

Firma: _____

Fecha: _____