



ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha del servicio _____

Nombre del paciente _____

N.º de cuenta del paciente _____

N.º DE SEG.SOCIAL Y FECHA DE NAC.: _____

Para procesar esta aplicación de manera oportuna se debe completar TODO. **TODO es relevante.**

GARANTE/Padre o madre: _____ N.º de teléfono _____

N.º DE SEGURO SOCIAL _____ DIRECCIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

ENUMERE TODOS LOS INGRESOS FAMILIARES:

<p>Empleo: <i>Cónyuge del paciente o pareja de hecho</i> Trabajador independiente <i>Se requiere comprobante de ingresos</i> Ingresos familiares totales <i>Integrantes del hogar: Cónyuge o novio/a, padres, parientes, si VIVEN bajo el mismo techo.</i> SE REQUERIRÁ COMPROBANTE DE INGRESOS PARA TODAS LAS CUENTAS POR ENCIMA DE \$9,999.00</p>	<p>\$ _____ por hora, semanalmente, mensualmente, anualmente</p>	<p>Empleador: _____ N.º de teléfono _____</p> <p><input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial _____ ¿Cuánto tiempo? _____</p>	<p>Si NO cuenta con INGRESOS, ¿de qué manera cubre sus necesidades?</p> <p>____ Familia/un pariente paga mis cuentas \$ _____</p> <p>____ Otro _____ \$ _____</p> <p>____ Fondos universitarios \$ _____</p> <p>____ Otro _____</p> <hr/> <p>Cap2Pay: ____ Política del hospital ____ Availity/Revpoint</p> <p>Posibles indemnizaciones Ingreso: Promedio: \$ _____ verificado por Availity/RevPoint</p>
	<p>\$ _____ por hora, semanalmente, mensualmente, anualmente</p>	<p>Empleador: _____ N.º de teléfono _____</p> <p><input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial _____ ¿Cuánto tiempo? _____</p>	
	<p>Nombre de la compañía _____</p>	<p>Ingreso anual \$ _____</p>	
	<p>Indemnización por desempleo: \$ _____</p> <p>Jubilación \$ _____</p> <p>Seguro social \$ _____</p> <p>Discapacidad \$ _____</p> <p>Indemnización laboral \$ _____</p> <p>Administración de veteranos \$ _____ y beneficios militares _____</p> <p>Pensión de alimentos y asistencia social \$ _____</p> <p>Manutención de hijos \$ _____</p> <p>Otros ingresos \$ _____</p>	<p>Quién lo recibe: _____</p>	

Número de DEPENDIENTES: _____ Número TOTAL de personas que VIVEN BAJO EL MISMO TECHO _____

Nombre del cónyuge o pareja _____ N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Hijos: Incluya *los nombres, parentesco, edades* _____

DECLARACIÓN: Mediante la firma de este formulario, afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa a mi leal saber y entender. He sido advertido que, si a sabiendas proporciono información fraudulenta, estaré sujeto a proceso judicial conforme a la ley estatal 817.50, la cual estipula lo siguiente: (1) cualquier persona que por decisión propia tenga la intención de defraudar u obtener bienes, productos, mercancías o servicios de cualquier hospital dentro de este estado, será culpable de un delito menor de segundo grado.

Firma del paciente o de la persona responsable	Fecha
---	--------------

<p>CRS: ¿Cuenta con los requisitos para Medicaid? _____ ¿Ha sido aprobado? _____</p> <p>¿Cuál es su COSTO COMPARTIDO total? \$ _____</p> <p>PUEDEN SER ELEGIBLES PARA MEDICAID SI RESPONDE SÍ A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:</p> <p>1) ¿Tiene hijos biológicos que viven en su hogar? _____</p> <p>2) ¿Está físicamente imposibilitado de trabajar, independientemente de si tiene empleo? _____</p> <p>3) ¿Está embarazada actualmente? _____</p> <p>4) ¿Tiene 65 años o más? _____</p> <p>5) ¿Es ciudadano de los Estados Unidos? _____</p> <p>6) ¿Se encuentra discapacitado o está solicitando pensión por discapacidad en la actualidad? _____</p>	<p>¿Tiene seguro de salud? _____</p> <p>¿Existe responsabilidad de terceros? _____</p> <p>¿Recibe cupones de alimentos? _____ ¿Cuánto? \$ _____</p> <p>¿Ha solicitado ayuda asistencial? _____</p> <p>¿En qué agencia? _____</p> <p>¿Cuenta con licencia de conducir vigente o prueba de identidad? _____. Si no es así, firme para confirmar que no cuenta con licencia de conducir o prueba de identidad _____</p> <p>¿Por qué no? _____</p>
---	--

Contacto para emergencias o para mensajes: Nombre _____ N.º telefónico del contacto _____

Relación _____

Complete el formulario al reverso



TODOS LOS GASTOS FAMILIARES

Gastos pagados	¿Quién paga? (pagados por quién)	Pagos mensuales (\$)	Ingreso de activos
Hipoteca o arriendo	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		
Pago vehicular	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		Cuenta corriente: \$
Seguro vehicular	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		Cuenta de ahorros: \$
Electricidad \$	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		TSA y bonos \$
Agua, gas, desagüe	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		Seguro de vida \$
Teléfonos	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		Otro \$
Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		AUTOMÓVILES
Manutención infantil	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		<u>Marca-modelo-año</u>
Cable e Internet	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		
Médico	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		
Medicamentos	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		
Dentales y dentista	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		
Seguro de salud	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		
Seguro de vida \$	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		<u>Vehículos recreativos:</u>
Préstamos, tarjetas de crédito	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		Bote
Otros gastos no especificados	<input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> otro		Casa rodante
Gastos totales			Vehículo todoterreno
Número de adultos en el hogar (personas mayores de 21 años)			Otro
Contribución del solicitante (Divida los gastos totales por el número de adultos)			

¿Cuál fue el mayor gasto realizado el año pasado?:

EXPLIQUE BREVEMENTE SU NECESIDAD DE AYUDA ASISTENCIAL:

Números telefónicos de contacto adicionales O el mejor método para ponernos en contacto con usted:

INFORMACIÓN DE CONTACTO ACTUAL:

Domicilio: _____

Dirección postal: _____

Número de contacto: N.º de celular _____ **N.º de casa** _____

NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN

FIRMA DEL ASESOR FINANCIERO

FECHA

SOLO PARA USO de Servicios Financieros para Pacientes de JACKSON HOSPITAL:

Follow up call for: Income Expenses Date _____

CRS notified possible XB eligible Minor children in HH, no XB

Charity Eligible Discount Eligible _____%

Not Eligible d/t CSE sanc'd XB denied No Record Out of State

Requested Income Stmt: _____

SOC verified on DCF \$ _____