



Estimado solicitante:

A fin de que Baptist Health pueda evaluar su situación financiera y acelerar el proceso de aprobación del programa, usted debe leer los siguientes requisitos, completar la solicitud y proporcionar la información necesaria en un plazo de treinta (30) días. Le facilitamos una lista de verificación para que sea más sencillo reunir la documentación.

Todas las partes de la solicitud deben estar completas según corresponda a la persona que solicita la asistencia financiera.

- 1) Solicitud de asistencia financiera completa, la cual se adjunta a esta carta.
- 2) Constancia de ingresos del solicitante, de su cónyuge y de todo miembro del grupo familiar relacionado por nacimiento, matrimonio o adopción, de más de 18 años y que viva con usted.
  - a. Declaración de impuestos federales del año anterior, firmada.
  - b. Si está exento de dicha declaración, presente los formularios 1099 y W2 como constancia de ingresos derivados de intereses, dividendos, pensiones, alquileres y seguridad social.
  - c. Copias del recibo de pago de los dos (2) últimos meses o una carta legalizada del empleador en papel membretado donde se verifiquen los ingresos brutos.
  - d. Constancia de ingresos que no consten en la declaración federal de impuestos, tales como pensión alimenticia, manutención de menores, desempleo, pensión, carta de otorgamiento del Seguro Social.
- 3) Si no recibe ingresos (ningún beneficio por desempleo), pero está siendo mantenido por uno de los siguientes:
  - a. Familiares o amigos: se requiere una carta legalizada en la que se expliquen estos acuerdos. La persona que proporciona la ayuda debe firmar esta carta.
  - b. Toda forma de ayuda del gobierno, como cupones para alimentos, subsidios para vivienda, servicios básicos, Autoridad de Vivienda (HUD), Sección 8: se requiere una copia del documento pertinente emitido por el gobierno.
- 4) Constancia de no elegibilidad para acceder a Medicaid.
- 5) Constancia de residencia legal en EE. UU. y de residencia en Alabama.
- 6) Constancia de activos: resúmenes de cuentas bancarias vigentes (de ahorros y corriente), copia del certificado IRA, copia de un documento de tasación reciente de vivienda, inversiones, certificado de depósito (CD) y cualquier otro activo, según corresponda.

Cuando haya completado la solicitud adjunta y reunido todos los documentos enumerados en la lista de verificación, envíe todo por correo a Baptist Health Financial Assistance, PO Box 241145, Montgomery, AL 36124 o llame al (334) 747-4270 si necesita ayuda para completar la solicitud o si tiene preguntas sobre los documentos solicitados. Si no proporciona toda esta información, esta solicitud será rechazada.

*La falsificación de la información incluida en la solicitud de asistencia financiera dará lugar a que la ayuda quede sin efecto.*



**Lista de verificación de asistencia financiera**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

N.º de cuenta (de las facturas): \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social o de visa residencial: \_\_\_\_\_

- Solicitud de asistencia financiera completa
- Constancia de ingresos de todos los miembros del grupo familiar relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción, de más de 18 años y que vivan con usted

\_\_\_\_\_ Declaración de impuestos federales del año anterior, firmada

\_\_\_\_\_ Formularios 1099 y W2 como constancia de ingresos derivados de intereses, dividendos, pensiones, alquileres, seguridad social (si está exento de declarar impuestos)

\_\_\_\_\_ Copias del recibo de pago de los dos (2) últimos meses

\_\_\_\_\_ Constancia de otros ingresos, que no figuren en la declaración federal de impuestos, tales como beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensión, carta de otorgamiento del Seguro Social, si corresponde  
Encierre en un círculo los documentos que corresponden.

- Comprobante de no elegibilidad para Medicaid
- Constancia de residencia legal en Estados Unidos (licencia de conducir de Alabama, tarjeta del Seguro Social o tarjeta/visa de residente permanente)
- Constancia de residencia en Alabama (licencia de conducir de Alabama, contrato de alquiler, recibos de impuestos a la propiedad, recibos de pago, facturas de servicios básicos o carta legalizada de la persona con quien usted vive)
- Constancia de activos (resúmenes de cuentas bancarias vigentes [de ahorros y corriente], copia del certificado IRA, copia de un documento de tasación reciente de vivienda, inversiones, certificado de depósito [CD] y cualquier otro activo, según corresponda)



**Solicitud de asistencia financiera del paciente**

(Letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Estado civil: Casado \_\_\_/ Soltero \_\_\_/ Divorciado \_\_\_/ Viudo \_\_\_/ Separado \_\_\_

¿Hace cuánto tiempo que vive en Alabama? \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Domicilio actual: \_\_\_\_\_  
(Calle/n.º de ap.) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

Domicilio anterior: \_\_\_\_\_  
(Calle/n.º de ap.) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Particular) (Laboral) (Móvil)

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Información de la parte responsable (Si el paciente tiene menos de 19 años)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Domicilio actual: \_\_\_\_\_  
(Calle/n.º de ap.) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

Domicilio anterior: \_\_\_\_\_  
(Calle/n.º de ap.) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Particular) (Laboral) (Móvil)

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ N.º DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

**Indicar todas las personas incluidas en el proceso de solicitud:** *Lea la instrucción 5 en la carta de presentación del paquete de solicitud de asistencia financiera antes de completar esta sección e indique los ingresos anuales de todos los miembros del grupo familiar que generan ganancias.*

	Nombre	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social	Ingresos anuales
Solicitante	_____	_____	_____	_____
Cónyuge	_____	_____	_____	_____
Dependiente	_____	_____	_____	_____
Dependiente	_____	_____	_____	_____
Dependiente	_____	_____	_____	_____
Dependiente	_____	_____	_____	_____

(Si corresponde, enumere en una hoja aparte los dependientes legales adicionales junto con una constancia de tal condición, como una orden judicial).



**Solicitud de asistencia financiera del paciente** Nombre: \_\_\_\_\_  
(Imprenta) (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

*Debe presentar constancia de toda la información que incluya en las siguientes secciones en Ingresos, Activos y Programas/apoyo del gobierno. Indique N/C en los puntos que no correspondan a su caso.*

INGRESOS		ACTIVOS	
Descripción	Ingresos mensuales	Descripción	Cantidad
Sueldo bruto del solicitante	\$	Vivienda (última tasación)	\$
Nombre del empleador:		Cuenta corriente (presentar resumen de cuenta del mes en curso)	\$
Sueldo bruto del cónyuge	\$	Nombre del banco	
Nombre del empleador:		Caja de ahorros (presentar resumen de cuenta del mes en curso)	\$
Sueldo bruto de los demás miembros del grupo familiar menores de 18 años	\$	Nombre del banco	\$
Sueldo bruto de los demás miembros del grupo familiar mayores de 18 años	\$	IRA (presentar una copia del certificado)	\$
Dividendos e intereses	\$	Otro	\$
Ingresos por alquiler	\$	<b>TOTAL DE ACTIVOS</b>	\$
Ingresos por pensión	\$		
Pensión alimenticia (ingresos)	\$	<b>Complete esta sección si no indica ingresos ni activos:</b>	
Beneficios del Seguro Social	\$	Cupones para alimentos	
Beneficios para veteranos	\$	Subsidio para vivienda	
Ingresos de patrimonios, fideicomisos	\$	HUD	\$
		Sección 8	\$
Otro	\$	Servicios públicos	\$
<b>TOTAL DE INGRESOS MENSUALES</b>	\$	Ayuda de algún familiar, amigo u otra persona para cubrir gastos como alquiler, vehículo, apartamento, etc.	\$

Otorgo mi consentimiento y comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Baptist Health y sujeta a revisión por parte de las agencias de cumplimiento estatales, federales y otras, tal como lo exija la ley. También comprendo que Baptist Health se reserva el derecho a solicitar más información.

Certifico bajo pena de perjurio que la información en estas páginas es verdadera y correcta, y que no cuento con medios financieros para pagar la atención médica brindada al paciente mencionado anteriormente. Si mi situación económica cambia en el año natural siguiente, informaré estos cambios a Baptist Health de inmediato.

\*Mi firma en este documento verifica que, si tengo derecho a recibir otros beneficios médicos, incluida, entre otros, una póliza de seguro complementario, proporcionaré esta información a Baptist Health. Asimismo, comprendo que, si decido no hacerlo, podría rechazarse mi solicitud de ayuda y yo deberé cubrir el pago del importe total de las facturas pendientes en Baptist Health. Leí y comprendo lo que no está cubierto por la asistencia financiera y no puedo solicitar más revisiones ni auditorías de los cargos una vez que la asistencia financiera se ha aprobado.

\*El Programa de asistencia financiera no incluye medicamentos recetados para que los pacientes se los administren tras el alta.

Autorizo a Baptist Health a enviarme por correo electrónico (si se indica una dirección) la carta de aprobación o denegación.

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Solicitud de asistencia financiera del paciente**

(Imprenta)

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

**Información del seguro:**

¿Su cónyuge tiene seguro de salud? (Sí \_\_\_\_\_/No \_\_\_\_\_) Si es así, enumere a continuación:

	Compañía de seguro	N.º de póliza	N.º de grupo
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

¿Sus empleadores le facilitan un seguro de salud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/C \_\_\_\_\_

¿Ha rechazado una cobertura de seguro de salud que le haya ofrecido su empleador o el empleador de la persona responsable? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/C \_\_\_\_\_

¿Ha recibido o espera recibir una declaración de responsabilidad de terceros relacionada con un accidente o lesión que resulte en su admisión a Baptist Health? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si acude a Baptist Health a causa de un accidente o lesión, ¿está representado por un abogado?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Domicilio del abogado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono del abogado: \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación certifica que la información precedente es válida y verdadera.

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Solicitud de asistencia financiera del paciente** Nombre: \_\_\_\_\_  
(Imprenta) (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

El Programa de asistencia financiera no cubre los siguientes servicios:

- Copagos
- Cirugía reconstructiva que no sea médicamente necesaria
- Cirugía plástica
- Implantes mamarios
- Reducción de mamas
- Extracciones dentales (excepto radiación, pacientes trasplantados o extracciones por traumatismos)
- Cirugía para perder peso
- Las pruebas genéticas que se requieren para determinar el tratamiento estarán cubiertas, pero todas las demás pruebas genéticas serán a cargo del paciente.
- Medicamentos recetados para que los pacientes se los administren tras el alta
- Equipos médicos duraderos
- Exámenes físicos de rutina
- Servicios que no suelen estar cubiertos por el seguro de salud
- Servicios provistos fuera de un centro de Baptist Health

Estos son ejemplos de servicios que no tienen cobertura en virtud del Programa de asistencia financiera. Esta lista podría no incluir todas las excepciones del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca del plan de atención específico, llámenos al (334) 747-4270.

Nos reservamos el derecho de modificar o actualizar los servicios cubiertos o no cubiertos sin notificación previa.