



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 la ayuda financiera o completó este formulario en los últimos 90 días? Sí No
- 2 ¿Actualmente tiene algún tipo de seguro de salud? 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 descontárselo 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 ingreso de cada persona. El ingreso incluye los salarios brutos (previo al impuesto), ingreso por renta, remuneración por desempleo, seguridad social, retiro, beneficios por incapacidad, asistencia pública, etc. La documentación que avala los cálculos del ingreso se deben enviar junto con esta solicitud firmada.

Familiar (nombre)	Relación con el paciente	Edad	Fuente de ingreso o nombre del empleador	Talones de pago de los últimos tres meses	Declaración de impuestos de ingresos de 12 meses
Total de familiares			Total de ingresos		

Su solicitud no se podrá procesar salvo que usted proporcione uno de los siguientes documentos para respaldar la fuente de ingreso antes mencionada.

- Talón de pago de los últimos tres meses
- Formulario W2 del año anterior
- Resúmenes bancarios
- Documentos legales.
- Declaración de impuestos del año anterior
- Documento de asistencia estatal
- Declaración de pensión/retiro

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, según mi leal entender.

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

Relación con el paciente

Fecha

FOR PROVIDER USE ONLY

Account Number _____

Date of Service _____

BMHCC Provider _____



▼ Patient Label ▼