

Estimado(a) solicitante,

A fin de que Baptist Health pueda evaluar su situación financiera y acelerar el proceso de aprobación de la asistencia financiera, asegúrese de revisar los siguientes requisitos, completar la solicitud y proporcionar la información necesaria en un plazo de treinta (30) días. Se proporciona una lista de verificación para ayudarle. **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 (adjunta a esta carta)
- 2) Constancia de ingresos del solicitante, del cónyuge y de todo miembro del grupo familiar relacionado por nacimiento, matrimonio o adopción, mayor de 18 años y que viva con usted.
 - a. Declaración de impuestos federales firmada del año anterior.
 - b. Si está exento(a) de dicha declaración, presente los formularios 1099 y W2 como constancia de ingresos derivados de intereses, dividendos, pensiones, alquileres y seguridad social.
 - c. Copias de los recibos 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 (por ejemplo, ningún beneficio por desempleo), pero está siendo mantenido(a) por uno de los siguientes:
 - a. Familiares o amigos: se requiere una carta en la que se expliquen estos acuerdos.
La persona que proporciona la ayuda debe firmar la carta.
 - b. Toda forma de ayuda del gobierno, como cupones para alimentos, subsidios para vivienda, servicios públicos, Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés), Sección 8: se requiere una copia del documento pertinente emitido por el gobierno.
- 4) Constancia de no elegibilidad para Medicaid **si es evaluado(a) por el proveedor de elegibilidad de Baptist.**
- 5) Constancia de activos: resúmenes de cuentas bancarias vigentes (de ahorros y corrientes), copia del certificado IRA, inversiones, certificado de depósito (CD) y cualquier otro activo, según corresponda.

Una vez que haya completado la solicitud adjunta y haya reunido toda la documentación enumerada en la lista de verificación, envíe la información por correo postal a:

Baptist Health Financial Assistance
PO Box 241145
Montgomery, AL 36124

Llame al (334) 747-4270 si necesita ayuda para completar la solicitud o si tiene alguna pregunta sobre la documentación solicitada.

En caso de no enviar la información solicitada, se le negará esta solicitud.

La falsificación de la información incluida en la solicitud de asistencia financiera ocasionará que la ayuda quede sin efecto.

**Lista de verificación de asistencia financiera
(Letra de imprenta)**



Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Primer 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 firmada del año anterior.
 - Formularios 1099 y W2 para intereses, dividendos, pensiones, alquileres, seguridad social (si está exento(a) de declarar impuestos)
 - Copias de los recibos 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 la documentación que corresponda.
- Constancia de no elegibilidad para Medicaid
- Constancia de activos (por ejemplo, resúmenes de cuentas bancarias vigentes [de ahorros y corrientes], 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 (Letra de imprenta)



Información del paciente

Fecha: _____

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

N.º del Seguro Social: _____

Estado civil: Casado(a)____/ Soltero(a)____/ Divorciado(a)____/ Viudo(a)____/ Separado(a)____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
(dd/mm/aaaa)

Domicilio actual: _____
(Calle/N.º de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Domicilio anterior: _____
(Calle/N.º de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: (____) _____ (____) _____ (____) _____
(De casa) (Del trabajo) (Celular)

Dirección de correo electrónico _____

Información de la parte responsable (si el paciente es menor de 19 años)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio actual: _____
(Calle/N.º de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Domicilio anterior: _____
(Calle/N.º de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: (____) _____ (____) _____ (____) _____
(De casa) (Del trabajo) (Celular)

Relación con el paciente: _____ N.º DEL SEGURO SOCIAL: _____

Enumere todas las personas que se incluirán en el proceso de solicitud: *Lea la instrucción n.º 5 en la carta de presentación del paquete de solicitud de asistencia financiera antes de completar esta sección y asegúrese de indicar los ingresos anuales de todos los miembros del grupo familiar que generan ganancias.

Nombre	Fec. nac.	N.º de SS	Ingresos anuales
Solicitante _____	____/____/____	____ - ____ - ____	\$ _____
Cónyuge _____	____/____/____	____ - ____ - ____	\$ _____
Dependiente _____	____/____/____	____ - ____ - ____	\$ _____
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 (Letra de imprenta)



Nombre: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Asegúrese de 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 (proporcione el resumen de cuenta del mes en curso)	\$
Sueldo bruto del cónyuge	\$	Nombre del(de los) banco(s)	
Nombre del empleador del cónyuge:		Cuenta de ahorros (proporcione el resumen de cuenta del mes en curso)	\$
Sueldo bruto de los demás miembros del grupo familiar menores de 18 años	\$	Nombre del(de los) banco(s)	
Sueldo bruto de los demás miembros del grupo familiar mayores de 18 años	\$	IRA (proporcione una copia del certificado)	\$
Dividendos e intereses	\$	Otro	\$
Ingresos por alquiler	\$	TOTAL DE ACTIVOS	\$
Ingresos por pensión	\$		
Pensión alimenticia (ingresos)	\$	Complete esta sección si no indica ingresos ni activos	
Beneficios del Seguro Social	\$	Cupones para alimentos	
Beneficios para veteranos	\$	Subsidio para vivienda	
Ingresos de patrimonios, fideicomisos	\$	HUD	\$
		Sección 8	\$
Otro	\$	Servicios públicos	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES	\$	Ayuda de familiares, amigos u otras personas para cubrir gastos como alquiler, automóvil, apartamento, etc.	\$

Doy mi consentimiento y entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Baptist Health y sujeta a revisión por parte de agencias estatales o federales encargadas de hacer cumplir la ley y otras entidades según lo exija la ley. También entiendo que Baptist Health se reserva el derecho de solicitar información adicional.

Doy fe bajo pena de perjurio que la información en estas páginas es verdadera y correcta, y que no cuento con los 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 esta solicitud verifica que, si tengo derecho a otros beneficios médicos, incluyendo, entre otros, una póliza de seguro complementario, proporcionaré esta información a Baptist Health y entiendo que, si opto por no brindar ninguna información sobre mi compañía de seguro complementario, mi solicitud de asistencia podría ser rechazada y seré responsable del monto total de todas las facturas pendientes en Baptist Health. Leí y entiendo lo que no está cubierto por la asistencia financiera y no puedo solicitar más revisiones/auditorías de los cargos una vez que la asistencia financiera se ha aprobado.

***La asistencia financiera no incluye medicamentos recetados para la autoadministración por parte de los pacientes después del alta.**

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

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

**Solicitud de asistencia financiera
(Letra de imprenta)**



Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Información del seguro:

¿Tiene usted o su cónyuge seguro de salud? Sí _____ No _____ Si es así, indique a continuación:

	Compañía de seguros	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, ¿cuenta con la representación de 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 anterior es válida y verdadera.

Firma de la parte responsable: _____ **Fecha:** _____

Solicitud de asistencia financiera (Letra de imprenta)



Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

La 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 se cobrarán al paciente.
- Medicamentos recetados para la autoadministración por parte de los pacientes después del alta.
- Equipos médicos duraderos
- Exámenes físicos de rutina
- Servicios que no suelen estar cubiertos por el seguro de salud

Estos son ejemplos de servicios que no tienen cobertura conforme al Programa de asistencia financiera.

Esta lista podría no incluir todas las excepciones del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan de atención específico, no dude en llamar al (334) 747-4270.

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