

CENTRAL FINANCIAL ASSISTANCE UNIT – NBHD

«Patien_num» _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA Y DECLARACIÓN DE INGRESOS

Por la presente solicito asistencia financiera para los servicios prestados por un centro de North Broward Hospital District (NBHD).

Certifico lo siguiente: (marque todas las que correspondan)

1. Los ingresos de la unidad familiar recibidos para los 12 meses previos a la fecha de servicio no superaron los \$«gross_inc». ¿Puede verificarse el monto de ingresos anterior? Por favor, marque una: SÍ NO
2. La unidad familiar actualmente no está recibiendo ningún ingreso mensual regular, ni tampoco hemos recibido tales ingresos en los 12 meses anteriores a la fecha del servicio, ni de Seguridad Social, Medicaid, una pensión, Compensación por Desempleo ni ninguna otra fuente.

Por la presente solicito/solicitamos respaldo financiero para los servicios prestados por un centro de North Broward Hospital District (NBHD) y certifico/certificamos que la información proporcionada y aquí contenida es verdadera, precisa y correcta a mi/nuestro leal saber y entender. **Por la presente autorizo a NBHD y a sus designados a pedir un informe crediticio de consumidores y a verificar la demás información crediticia. Por la presente doy/damos consentimiento para que NBHD verifique todas las declaraciones hechas en esta solicitud. Autorizo/autorizamos a Broward Health a divulgar mi/nuestra información médica y financiera a los socios comerciales de Broward Health para fines de auditorías**

En el caso de que el abajo firmante, el paciente, o cualquier otra persona en nombre del paciente con derecho a recibir beneficios del seguro o productos del arreglo a causa de los servicios prestados al paciente por cualquier centro de NBHD, por la presente se ceden dichos beneficios del seguro o productos del arreglo a NBHD para su aplicación contra dicha factura del hospital del paciente. Los beneficios de seguros y los productos del arreglo tendrán prioridad sobre el monto de asistencia financiera ajustada. Asimismo, se acuerda que NBHD o cualquiera de sus centros pueden emitir un recibo a dicha compañía de seguros para cualquier pago de dicha naturaleza liberando de esta manera a dicha compañía de seguros de cualquier y todas las obligaciones derivadas de la póliza de seguro en la medida del pago. Sin embargo, el abajo firmante y el paciente siguen siendo responsables de los gastos del hospital que no están cubiertos por esta asignación en caso de que se rechace esta solicitud de Atención al Indigente.

Asimismo, entiendo/entendemos que se debe comunicar a NBHD cualesquier modificaciones con respecto a los ingresos, tamaño familiar, situación ante el seguro de salud o domicilio. NBDH se reserva el derecho de volver a evaluar esta solicitud de Atención al Indigente en el caso de que hubiera información adicional disponible incluyendo, pero no exclusivo en relación a modificaciones en los ingresos, tamaño familiar o domicilio. Soy/somos consciente(s) de que cualquier persona que haga o genere que se hagan declaraciones falsas comete un crimen penado por la ley, y puede ser multada o encarcelada por fraude y/o perjurio (estatutos 837.012, 775.082, 817.50 de Florida). Además acepto/aceptamos solicitar programas de seguro de salud financiados a nivel local, estatal o federal para los cuales pueda/podamos calificar y entiendo/entendemos que el incumplimiento de lo anterior resultará en el rechazo de la solicitud.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL CÓNYUGE: _____

NOMBRE DEL GARANTE: _____

(Si es distinto al paciente)

(Letra de imprenta)

(Relación con el paciente)

ATESTIGUADO POR: _____

(Representante de NBHD)

(Segundo testigo)