



Resumen de asistencia financiera en lenguaje simple

Baptist Health Care (BHC) le presta atención gratis a los pacientes elegibles que reciben atención médica de urgencia o que sea necesaria médicamente de parte de nuestro hospital y de nuestros proveedores. Esta asistencia financiera solo se encuentra disponible para los servicios facturados por BHC. Los centros que forman parte de esta asistencia incluyen Baptist Hospital, Jay Hospital y Gulf Breeze Hospital, y también algunos proveedores vigentes.

Asistencia ofrecida:

En general, un paciente será elegible para recibir asistencia si su ingreso familiar se encuentra en o por debajo del 300 % del Índice federal de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG). Los casos de dificultad extrema serán revisados para obtener una calificación posible.

Cómo presentar una solicitud:

Puede obtener copias gratis de la Política de asistencia financiera de BHC y de la Solicitud de asistencia financiera de distintas maneras:

- En todas las recepciones de BHC (en los centros y de los proveedores)
- Llamando a Servicios al Cliente al 850-908-2000
- Enviando una solicitud por correo electrónico a financiaministry@bhcps.org
- En la página web de BHC en ebaptisthealthcare.org/patientfinancialresources/

Lo ayudarán a completar las solicitudes si lo necesita. Debe enviar las solicitudes completas a:

Financial Assistance
PO Box 17106
Pensacola, FL 32522

O enviar un correo electrónico a financiaministry@bhcps.org

Traducciones:

La solicitud de asistencia financiera, nuestra política de asistencia financiera y el resumen en lenguaje simple también están disponibles en español en los lugares mencionados arriba.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda:

Llame a Servicios al Cliente al 850-908-2000

Solicitud para recibir asistencia financiera

De acuerdo con la Política de asistencia financiera de Baptist Health Care, los pacientes pueden solicitar asistencia para poder pagar los gastos médicos actuales en que incurrieron en el hospital o en el consultorio de un médico empleado por Baptist Health Care. La aprobación de asistencia para un paciente depende de la situación financiera documentada del individuo que la solicita y de su grupo familiar, y de los criterios de elegibilidad médica que se describen en la política de asistencia financiera.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de contacto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Médico de atención primaria del paciente: _____

¿El paciente es la persona que se hará cargo de la factura (garante)? Sí _____ No _____

¿El paciente tiene seguro? *(Si la respuesta es sí, debe completar la INFORMACIÓN DE SEGURO)* Sí _____ No _____

Si la respuesta es no, ¿el paciente es elegible para obtener una cobertura de su empleador, cónyuge o empleador del padre/madre? Sí _____ No _____

Si la respuesta es no, ¿perdió el seguro debido a un evento que le cambió la vida (como pérdida de trabajo, matrimonio, divorcio o hijos que ya no están cubiertos por el seguro del padre/madre)? Sí _____ No _____

Si alguno de las respuestas de abajo es sí, proporcione la información/comunicación adecuada:

¿Los servicios son el resultado de un accidente en el lugar de trabajo o un accidente automovilístico? Sí _____ No _____

¿Está involucrado en alguna acción legal/litigio? Sí _____ No _____

¿Es elegible para los beneficios de COBRA? Sí _____ No _____

¿Tiene actualmente un reclamo de discapacidad pendiente? Sí _____ No _____

¿Le han denegado Medicaid o cupones de alimentos? Sí _____ No _____

¿Estás actualmente en proceso de quiebra? Sí _____ No _____

¿Es trabajador independiente? Sí _____ No _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Número de póliza de seguro: _____ Número de grupo: _____

¿Obtiene la póliza de seguro mediante un empleador? Sí ___ No ___. Si la respuesta es sí, mencione el nombre del empleador _____

Empleador del paciente: _____ Teléfono del empleador: _____

Si está desempleado, fecha del último empleo: _____

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR DEL GARANTE *(mencione a todas las personas de su grupo familiar, su edad, relación con el Garante y el empleador)*

Nombre legal	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos

INGRESO: (proporcione información sobre los ingresos y los activos de todo el grupo familiar)		
Fuente de ingresos	Beneficiario	Ingresos brutos mensuales
Ingresos devengados (cheques de pago, trabajo por cuenta propia, etc.)		
Propiedad en alquiler/ingresos no ganados (pensión alimenticia, manutención de menores, etc.)		
Seguridad social (pagos/asistencia del gobierno, es decir, SSD, SSR)		
Beneficios por desempleo		
Otra jubilación/pensiones, etc.		
INGRESOS TOTALES:		

Debe proporcionar uno de los siguientes documentos cuando envíe la solicitud de asistencia financiera:

- La documentación de ingresos puede incluir el estado del cheque de pago más reciente que indique los ingresos actuales del año hasta la fecha o una verificación por escrito del salario recibido del empleador, prueba de bienestar público, documento de adjudicación de beneficios por desempleo, evidencia de depósito de ingresos mensuales no ganados (estado de cuenta bancario) u otra declaración escrita de organismos gubernamentales. Se puede solicitar el formulario 1040 de impuestos sobre ingresos personales del año calendario más reciente. Se pueden evaluar los activos líquidos y se puede solicitar documentación de cualquier activo.

Declaración de comprensión y de acuerdo: La información que estoy proporcionando es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Solicitaré y asistiré en el proceso de solicitud para recibir cualquier tipo de asistencia gubernamental (Medicare, Medicaid, Ley de salud asequible [Affordable Health Care Act]). Solo utilizo la Asistencia financiera de Baptist Health Care como último recurso. Si la información que proporciono no fuera cierta, Baptist Health Care puede volver a evaluar mi estado de asistencia financiera y tomar las acciones que se consideren necesarias.

Firma del paciente

Fecha

Firma del garante (si no fuera el paciente)

Fecha

Firma del miembro del equipo antes de la presentación

Fecha