

Solicitud para recibir asistencia económica

Resumen de la asistencia económica

La información que se pide en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia económica en Jackson Health System. El programa de asistencia económica es para pacientes sin seguro que recibieron servicios del hospital. La elegibilidad está basada en los ingresos del grupo familiar del paciente comparado con las directrices federales de pobreza.

Requisitos para solicitar la asistencia económica

Para que se le considere para recibir la asistencia económica:

- el paciente no debe tener seguro
- el paciente no es elegible para otros programas, como Medicaid, o lo rechazaron para cobertura en tales programas
- el paciente debe cooperar completamente con el proceso de revisión de la asistencia económica
- el paciente debe presentar prueba de ingresos actuales y del tamaño del grupo familiar
- la información solicitada se debe recibir antes del límite de tiempo especificado o el paciente no será elegible para la asistencia económica

Ciertos programas de asistencia económica pueden estar limitados solo para residentes del condado de Miami-Dade. Se espera que los pacientes cooperen completamente en el proceso de revisión para la asistencia económica o, en caso contrario, se les puede rechazar.

Qué puede esperar: proceso de revisión de la elegibilidad

Después de que el personal de Jackson haya recibido la solicitud completa, la elegibilidad se determinará en un plazo de 14 días. Es necesario presentar prueba de ingresos actuales y tamaño del grupo familiar en un plazo de 30 días. Después de que la revisión de elegibilidad se haya completado y aprobado, las cuentas que califican se actualizarán como corresponde.

Complete todas las tres páginas de este formulario. Completar este formulario ayudará a evitar retrasos en el proceso de revisión.

Información del paciente			
Nombre del paciente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de cuenta

Información del solicitante				
Nombre del solicitante	Relación con el paciente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estado civil
Dirección		Ciudad, estado y código postal		
Teléfono Celular: Casa:	Dirección de correo electrónico:	Nombre del contacto de emergencia	Teléfono del contacto de emergencia	
Nombre del empleador	Dirección del empleador		Teléfono del trabajo	

Dirección postal, si es diferente a la dirección donde vive el solicitante	Ciudad, estado y código postal
--	--------------------------------

Escriba abajo la lista de todos los miembros del grupo familiar

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
1			
2			
3			
4			
5			
6			

NOTA: anote los demás miembros del grupo familiar en la sección de 'Notas' en la página 3 de este formulario

Ingresos mensuales del grupo familiar

Tipo de ingresos	Ingresos mensuales brutos del solicitante	Ingresos mensuales brutos del cónyuge del solicitante
Ingresos por empleo	\$	\$
Jubilación/pensión/jubilación del Seguro Social	\$	\$
Ingresos del Seguro Social por discapacidad	\$	\$
Ingresos por desempleo	\$	\$
Manutención de menores/pensión alimenticia	\$	\$
Otros (anote aquí la fuente _____)	\$	\$

Declaración de apoyo

Certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ años/ _____ meses. Como resultado de estar desempleado, recibo comida, alojamiento y ropa de _____ (relación con el solicitante = _____)

Reconocimiento y firmas

Por este medio certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi conocimiento. Por este medio autorizo al Hospital para comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualquier información dada y autorizo a tal persona, empresa u organización para darle al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.

I. Consentimiento para verificar empleo, historial crediticio y otra información financiera

A. Autorizo a Jackson Health System para que verifique mi información de empleo, historial crediticio y cualquier otra información financiera, por ejemplo, estados de cuenta bancarios, anualidades, etc., con el fin de determinar la elegibilidad y la continuidad de programas de beneficencia, subsidios y otros programas de beneficios gubernamentales disponibles.

B. Certifico que la información proporcionada para completar esta solicitud es verdadera. Además, entiendo que, de acuerdo a lo establecido en el estatuto 817.50, dar información falsa para estafar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios, incluso artículos de farmacia, es un delito menor de segundo grado.

C. Consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto: por medio de mi consentimiento abajo, autorizo el uso de cualquier dirección de correo electrónico o teléfono celular que dé para recibir información de las instrucciones para el alta, otras comunicaciones de atención médica y mis obligaciones financieras, incluyendo, entre otros: instrucciones postoperatorias, instrucciones médicas de seguimiento, información de dieta, información de recetas, recordatorios de citas, recordatorios de pago, portal para pacientes y enlaces a la información de facturación.

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?	Sí	No
¿Podemos comunicarnos con usted por mensajes de texto?	Sí	No

Firma del solicitante

Fecha

Enviar por correo la solicitud completada a:

Jackson Health System
Financial Assessment Department
ACC West 127/Cost Code 93611
1611 NW 12th Ave
Miami, FL 33136

Notas