



Solicitud de asistencia financiera

Gracias por elegir Baptist Health para sus necesidades de atención médica.

Nos complace brindarle esta solicitud para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia del Baptist Health con su factura hospitalaria. Para que podamos procesar su solicitud, la información solicitada en el Documento de Divulgación Financiera adjunto (solicitud) deberá completarse en su totalidad. Tenga la seguridad de que la información que proporcione será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para determinar si se le puede proporcionar asistencia financiera.

Como parte de nuestro proceso de revisión, le solicitamos que envíe toda la documentación aplicable que se detalla a continuación. Se requieren todas las páginas de todos los documentos y no se aceptarán documentos alterados. Si las pautas del impuesto sobre la renta federal (IRS *por sus siglas en inglés*) requieren que complete una declaración de impuestos, esa declaración deberá completarse antes de que se pueda considerar la asistencia financiera. Si no proporciona toda la información solicitada, su solicitud puede ser denegada. Las declaraciones falsas de cualquier tipo pueden resultar en la denegación permanente de la asistencia financiera del hospital. Deberá agotar todas las formas de asistencia estatal antes de calificar para la asistencia hospitalaria. Los documentos requeridos que se deben incluir con su formulario de solicitud son los siguientes:

- Documento de divulgación financiera completado y firmado.
- Formulario del IRS [4506-T](#) completado y firmado.
- Copia de su declaración de impuestos estatal y federal más reciente, incluidos los formularios W-2 y todos los anexos. (Si trabaja por cuenta propia, deberá proporcionar los últimos dos años de su información fiscal).
- Copia de los dos talones de pago más recientes de todos los asalariados que viven en el hogar.
- Comprobante de otros ingresos, incluido el Seguro Social, discapacidad, pensiones y cualquier otra forma de ingreso para todos los miembros del hogar.
- Copias de los dos estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas, incluida cualquier documentación de respaldo del origen de cada depósito no cubierto por los ingresos anteriores.
- Los dos estados de cuenta de inversión más recientes de todas las cuentas no cubiertas por lo anterior, como HSA, FSA, acciones, bonos y CD, sin incluir las cuentas de jubilación.
- Evidencia (una carta) que muestre la solicitud de Medicaid o la falta de elegibilidad. La plena cooperación con nuestro personal o contratista será evidencia aceptable.
- Todas las solicitudes sin estados de cuenta bancarios deberán proporcionar un mes de recibos o servicio de cambio de cheques o facturas de servicios públicos pagadas en efectivo.
- Prueba del tamaño del grupo familiar si no figura en la declaración de impuestos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la oficina de asesoramiento financiero de el Baptist Health de 8:30 am a 4:30 pm de lunes a viernes. Fines de semana está cerrado.

- Corbin: 606.523.8736, o visite 1 Trillium Way cerca de la entrada principal y la tienda de regalos.
- Floyd: 812.981.7289 o 812.949.5726, o visítenos en 1850 State Street en el vestíbulo principal frente al Women's Imaging Center.
- Hardin: 270.979.1629, o visite la ventanilla del cajero en el 913 N Dixie Ave ubicada en el pasillo principal.
- La Grange: 502.222.3342, o visítenos en 1025 New Moody Lane en el primer piso junto al atrio de la entrada principal. Pregunte en la ventanilla del cajero.
- Lexington: 859.260.6600 o visítenos en 1740 Nicholasville Road, Building D, cerca de la entrada.
- Louisville: 502.897.8157, o visítenos en 4000 Kresge Way, junto al vestíbulo de la entrada principal, frente a Mammography.

- Paducah: 270.575.2140 o visítenos en 2501 Kentucky Ave., (junto a la taquilla del cajero en la entrada principal).
 - Richmond: 859.625.3659 o 859.625.3120 o visítenos en 801 Eastern Bypass, planta baja, hospital principal.
- Pregunte en la taquilla de Registro.

FINANCIAL DISCLOSURE - Baptist Health

GENERAL INFORMATION

Patient information:

Patient account number: _____ Check in date: _____

Name: _____ SSN: _____

Address: _____ County: _____

Home phone: _____ Birth date: _____

Employer: _____ Work phone: _____

Occupation: _____

Guarantor (or spouse if married):

Name: _____ SSN: _____

Address: _____

Employer: _____ Work phone: _____

Occupation: _____

Relationship to patient: _____

Family information:

Family member	SSN	Age	Relation to patient
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____

Please mail completed form and attachments to the hospital where you were treated:

Baptist Health Financial Counselors

(Add correct address from list below.)

Corbin: 1 Trillium Way, Corbin, KY 40701

Floyd: 1850 State St., New Albany, IN 47150

Hardin: 913 N Dixie Ave., Elizabethtown, KY 42701

La Grange: 1025 New Moody Lane, La Grange, KY 40031

Lexington: 1740 Nicholasville Road, Lexington, KY 40503

Louisville: 4000 Kresge Way, Louisville, KY 40207

Paducah: 3501 Kentucky Ave., Paducah, KY 42003

Richmond: 801 Eastern Bypass, Richmond, KY 40476

SCHEDULE OF FAMILY RESOURCES - INCOME

Monthly family income:

Patient's salary \$ _____

Spouse's/guarantor's salary \$ _____

Retirement/pension \$ _____

Social Security \$ _____

Net rental/lease cash flow \$ _____

Interest \$ _____

Dividends \$ _____

AFDC/TANF/Welfare \$ _____

Alimony received \$ _____

Child support received \$ _____

Unemployment income \$ _____

Guard/Reserve/Military pay \$ _____

Work Comp benefits \$ _____

Other income/assistance (list):

Total monthly income \$ _____ **A**

Annual income = (A x 12) \$ _____ **B**

Annual income adjustments (describe):

Total income adjustments \$ _____ **C**

Adjusted annual income = (B+C) _____ **[A]**

2. Cash and investments:

a. Bank accounts

Bank name	Account #	Checking/savings	Current balance
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]

b. Stocks, mutual funds, CD's and other non-retirement investments:

Name/description	Account #	Type of investment	Current balance
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]

Total Family resources for charity determination

Sum of **[A]** \$ _____

Applicant signature: _____ Date: _____

Person supplying information (if different from applicant): _____ Relationship to applicant: _____



LANGUAGE ASSISTANCE SERVICE

Español (Spanish)

Si habla español, tiene a su disposición servicios de traducción gratuitos. Llame al 866.273.5392.

عربي (Arabic)

إذا كنت تتحدث العربية، فستكون خدمات الترجمة المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 866.273.5392.

Русский (Russian)

Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 866.273.5392.

Français (French)

Si vous parlez français, des services de traduction sont gratuitement mis à votre disposition. Appelez le 866.273.5392.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn dịch vụ dịch thuật miễn phí dành cho quý vị. Gọi 866.273.5392.

नेपाली (Nepali)

तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क अनुवाद सेवाहरू उपलब्ध छन्/ 866.273.5392 मा फोन गर्नुहोस्

中文 (Chinese Simplified)

如果您讲中文，我们将为您提供免费翻译服务。请致电 866.273.5392。

한국어 (Korean)

한국어를 사용하는 경우 무료 번역 서비스를 이용할 수 있습니다. 866.273.5392 번으로 전화하세요.

Українською мовою (Ukrainian)

Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги перекладача. Телефонуйте за номером 866-273-5392.

Kiswahili (Swahili)

Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata huduma za ufasiri bila malipo. Piga simu kupitia 866-273-5392.

Haitian (Haitian)

Si ou pale kreyòl ayisyen, ou ka jwenn sèvis tradiksyon gratis. Rele 866-273-5392.

Khmer (Khmer)

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយខ្មែរ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មប្រជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 866-273-5392.

босански (Bosnian)

Ако говорите босански, доступне су вам бесплатне услуге преводјења. Позовите 866-273-5392.

Hindi (Hindi)

अगर आप Hindi बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क अनुवाद सेवाएं उपलब्ध हैं। 866-273-5392 पर कॉल करें

Ikinyarwanda (Kinyarwanda)

Niba uvuga Ikinyarwanda, ushobora guhabwa serivise z'ubusemuzi ku buntu. Wahamagara 866.273.5392.

NON-DISCRIMINATION

Baptist Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Baptist Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Please pay the remaining balance in full or contact us at 866.273.5392 to arrange a payment plan for your balance. You may be eligible for assistance under our Financial Assistance Policy to help you meet your payment requirements. To learn more about our Financial Assistance Policy and the application process, please contact Customer Service at 866.273.5392 or visit our website at <https://www.baptisthealth.com/pages/patients-and-visitors/billing-information/financial-assistance.aspx> where a copy of the policy, an application form, and a summary of the policy may be obtained.