



BAPTIST HEALTH®
Solicitud de asistencia financiera

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

Nos complace proporcionarle esta solicitud para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir asistencia con la factura del hospital del Baptist Health. Para que podamos procesar su solicitud, la información solicitada en el documento de DIVULGACIÓN FINANCIERA adjunto deberá ser llenado en su totalidad. Tenga la seguridad de que la información que proporcione se tratará como confidencial y se utilizará únicamente para determinar si se le puede proporcionar asistencia financiera.

Como parte de nuestro proceso de revisión, requerimos que envíe toda la documentación aplicable que se enumera a continuación. Se requieren todas las páginas de todos los documentos y no se aceptarán documentos alterados. Si las pautas federales de impuestos sobre la renta requieren que complete una declaración de impuestos, esa declaración debe completarse antes de que se pueda considerar la asistencia financiera. Si no nos proporciona toda la información solicitada, su solicitud puede ser rechazada. Las declaraciones falsas de cualquier tipo pueden resultar en la negación permanente de la asistencia financiera del hospital. Debe agotar todas las formas de asistencia estatal antes de calificar para la asistencia financiera hospitalaria. Los documentos requeridos que deben incluirse con su formulario de solicitud son los siguientes:

- Documento de divulgación financiera llenado completamente y firmado.
- Formulario 4506-T del IRS completado y firmado
- Copia de su declaración de impuestos estatales y federales más reciente, que incluya los formularios W-2 y todos los anexos. (Si trabaja por cuenta propia, deberá proporcionar los dos últimos años de su información fiscal).
- Copias de los dos talonarios de pago más recientes de todos los asalariados que viven en el hogar.
- Prueba de otros ingresos, incluido el seguro social, discapacidad, pensiones y cualquier otra forma de ingresos para todos los miembros del hogar.
- Copias de los dos estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas, incluyendo la documentación de respaldo de la fuente de cada depósito no cubierto por los ingresos anteriores.
- Dos estados de cuenta de inversión más recientes de todas las cuentas no cubiertas por lo anterior, como HSA, FSA, acciones, bonos y/o CD, excluya las cuentas de jubilación.
- Evidencia (una carta) que muestre la solicitud de Medicaid o la falta de elegibilidad de la misma. La cooperación total con nuestro personal o contratista será una prueba 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 pagados en efectivo.
- Prueba del tamaño de la familia (cantidad de miembros) si no figura en la declaración fiscal.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la oficina de asesoría financiera del Baptist Health de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. De lunes a viernes. Estamos cerrados los fines de semana.

- Corbin: 606.523.8736 o visítenos en 1 Trillium Way cerca de la entrada principal y la tienda de regalos.
- Floyd: 812.981.7289 ó 812.949.5726 o visítenos en 1850 State Street en el vestíbulo principal frente al Centro de Imágenes para Mujeres.
- Hardin: 270.979.1629o visítenos en 913 N Dixie Ave. Ventanilla del cajero ubicada en el pasillo principal.
- La Grange: 502.222.3342 o visítenos en 1025 New Moody Lane en el primer piso del atrio de la entrada principal. Pregunte en la taquilla de pago.
- Lexington: 859.260.6600 o visítenos en 1740 Nicholasville Road, Edificio D, cerca de la entrada.
- Louisville: 502.897.8157 o visítenos en 4000 Kresge Way, en el vestíbulo de la entrada principal frente a mamografía.
- Paducah: 270.575.2873 ó 270.575.2246 o visítenos en 2501 Kentucky Ave. Junto a la taquilla del cajero en la entrada principal.
- Richmond: 859.625.3659 ó 859.625.3120 o visítenos en 801 Eastern Bypass, planta baja, hospital principal. Pregunte en la oficina de registro.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA - Baptist Health

INFORMACIÓN GENERAL

Información del paciente:

Número de cuenta del paciente: _____	Fecha de registración: _____
Nombre completo: _____	Número de seguro social: _____
Dirección: _____	Condado: _____
Teléfono de casa: _____	Fecha de nacimiento: _____
Empleador: _____	Teléfono del trabajo: _____
Ocupación: _____	

Garante (o cónyuge si está casado/a):

Nombre completo: _____	Número de seguro social: _____
Dirección: _____	
Empleador: _____	Teléfono del trabajo: _____
Ocupación: _____	
Relación con el paciente: _____	

Información de la familia:

Miembro familiar	Número de seguro social	Edad	Relación con el paciente
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____

Envíe por correo el formulario completo y los anexos al hospital donde recibió tratamiento:
Baptist Health Financial Counselors
 (Agregue la dirección correcta de la lista a continuación).
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
Madisonville: 900 Hospital Drive, Madisonville, KY 42431
Paducah: 2501 Kentucky Ave., Paducah, KY 42003
Richmond: 801 Eastern Bypass, Richmond, KY 40476

LISTA DE LOS RECURSOS FAMILIARES- INGRESOS

Ingreso familiar mensual:

Salario del paciente	\$ _____
Salario del cónyuge o garante	\$ _____
Pensiones o jubilación	\$ _____
Seguro social	\$ _____
Flujo neto de caja por arrendamiento:	\$ _____
Intereses	\$ _____
Dividendos	\$ _____
AFDC/TANF/Welfare	\$ _____
Pensión alimenticia recibida	\$ _____
Manutención infantil recibida	\$ _____
Ingresos por desempleo	\$ _____
Guardia / Reserva / Pago militar	\$ _____
Beneficios de compensación laboral	\$ _____

Otros ingresos o asistencias (lista):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
Total del ingreso mensual	\$ _____ A
Ingreso anual = (A x 12)	\$ _____ B
Ajustes de ingresos anuales (describir):	_____
_____	_____
_____	_____
Ajustes de ingresos totales	\$ _____ C
Ingresos anuales ajustados = (B+C)	_____ [A]

2. Inversiones y dinero en efectivo:

a. Cuentas bancarias

Nombre del banco	Número de cuenta	Cuenta de cheques o ahorros	Balance actual
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]

b. Acciones, fondos mutuales, certificados de depósito y otras inversiones que no sean de jubilación:

Nombre y descripción	Número de cuenta	Tipo de inversión	Balance actual
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]

Recursos familiares totales para la determinación de la caridad

Suma de [A] \$ _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que proporciona información (si es diferente al solicitante): _____ Relación con el solicitante: _____