



Solicitud de ayuda financiera de Baylor Scott & White Health

Número de Cuenta del Paciente

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Número de seguro social

Dirección de residencia del paciente Ciudad Estado Código postal Condado

Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Fecha de nacimiento (mes/día/año) Número de teléfono

Nombre del cónyuge

Empleado/a Sí No Empleado/a Sí No

Empleador del paciente Empleador del cónyuge

Núm. de teléfono Núm. de teléfono

¿Los centros de BSWH (Baylor Scott & White Health) donde recibió los servicios son los centros de la red más cercanos a su residencia principal? Sí No Si respondió que no, ¿los centros más cercanos no pudieron brindarle atención o se negaron a hacerlo? Sí No

\*\*Si está desempleado/a, incluya el nombre y número de teléfono del empleador anterior\*\*

A. Ingresos: Proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas en su hogar. Paciente, Cónyuge, Padre del paciente, Madre del paciente. Ingreso total de la familia \$

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (envíe solo copias, no la documentación original) para todas las fuentes de ingreso familiar. Envío de cheque de pago, Verificación del empleador, Consulta de crédito, Formulario W-2 del IRS, Declaración de impuestos, Ayuda gubernamental, Estados de cuenta, Otros (describa a continuación), Cartas de resolución de seguridad social.

C. Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente. (Este número solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente)

D. Activos y otros recursos: ¿Tiene algún activo u otros recursos a su disposición? ¿Tiene seguro médico? ¿Tiene una cuenta de ahorro para la salud o una cuenta de gastos flexibles?

Comprendo que Baylor Scott & White Health ("BSWH") puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de BSWH de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud.

También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de BSWH. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o la parte responsable Nombre en imprenta Fecha

For Hospital Use Only Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative Date Notes Regarding Income Verification/Number in the Household Patient is part of community care program Program Name First Statement Date