



CENTERSTONE

Solicitud de Ayuda Financiera.

Para aplicar para la ayuda financiera por los gastos médicos incurridos en CENTERSTONE, por favor complete este formulario y devuélvalo al departamento financiero. Es muy importante que lea las siguientes instrucciones para que su solicitud pueda ser revisada:

- Enumere su información financiera por 12 meses en este formulario.
- Si el paciente es menor de edad, enumere la información financiera de sus padres o de su representante legal.
- Los formularios deben ser firmados “y” con testigo para que pueda ser considerada para la ayuda. Un notario no es obligatorio.
- Provea los documentos enumerados a continuación.
- Provea la información bancaria de todas sus cuentas, pensiones y cualquier ingreso de renta.

Esta aplicación no cubre servicios que no sean de CENTERSTONE. Los formularios diligenciados recibidos por el departamento financiero serán revisados para determinar los programas que puedan estar disponibles para la ayuda financiera. Si se necesita información adicional, un representante se comunicará con usted.

DOCUMENTOS REQUERIDOS.

Evidencias requeridas:

- **Pruebas de ingresos:** copia de notificación del Seguro Social, Compensación por desempleo, pensiones, ingreso de renta o cualquier otro ingreso que usted tenga para pagar sus gastos
- **Sin Ingresos:** Provea una carta de la persona que le ayuda económicamente.
- **Evidencia de bienes:** Extractos bancarios reciente, extracto de tarjeta débito, Valor de fondos de jubilación (IRA por sus siglas en ingles), acciones, bonos, 401K, el valor total del Seguro de vida en efectivo y bienes raíces (A parte de la Vivienda)

PARA PARTICIPANTES POTENCIALES DE MEDICAID

- ¿Se encuentra en embarazo o tiene un niño de 17 años o menor bajo su custodia?
- ¿Está usted entre la edad de 18-21 años?
- ¿Es usted mayor de 65 años?
- ¿Usted recibe beneficios del Seguro Social por discapacidad?

Si usted respondió afirmativamente a alguna de estas preguntas usted puede ser eligible para Medicaid. Visite www.myflorida.com/accessflorida para llenar el formulario de Medicaid.

Visite www.centerstone.org/locations/florida para solicitar un formulario o comuníquese con el departamento financiero si tiene inquietudes al (941) 782-4318.

El formulario puede ser enviado al Fax (941) 782-4301 o por correo a CENTERSTONE, PO Box 9478, Bradenton, FL 34206.



CENTERSTONE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 del SS #: _____

Dirección: _____ Dirección de correspondencia: _____ Correo Electrónico: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono: _____

¿En Embarazo? sí No incapacitado? Si No Estado Civil? Casado Soltero Divorciado Viudo

¿Ciudadano o Residente de USA? Si No **INFORMACIÓN DE FAMILIARES.** Se define como familiar a la pareja, padres de menores de edad, menores de edad y/o hermanos menores de 21 años que vivan juntos.

Miembros del Hogar POR FAVOR INCLUYA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Fecha de Nacimiento	Últimos 4 del SS#	¿Ciudadano o Residente legal de USA? S/N	Parentesco con el paciente	Estatus para impuestos Escoja: Individual, conjunto, dependiente, No declara.
				El Paciente	

INGRESOS EN EL HOGAR: Enumere todos los ingresos/sin ingresos del miembro del hogar enunciado arriba incluyendo el paciente.

Nombre del miembro de la familia con o sin ingresos en los últimos 12 meses <u>NO ESCRIBA N/A</u>	Fuente de ingresos- No Escriba N/A Nombre del empleador, empleado independiente, trabajos temporales, sin ingreso, Empleado, beneficios de desempleo, pensiones, ingreso por renta, fondos fiduciarios, manutención de menores, pensión alimenticia, Seguro Social, Administración de Veteranos	Numero de Meses con Ingresos/Sin ingresos	Ingreso Neto Mensual Actual	Ingreso Neto Anual Enumere el ingreso total en los últimos 12 meses	¿Ha aplicado por cualquiera de los siguientes programas en los últimos 12 meses? Encierre en un círculo el correspondiente. Medicaid Discapacidad Seguro Social Cobertura Médica del Condado Indemnización por accidente de trabajo Mercado de Seguros de Salud.
Paciente					
Total:					

¿Si usted declara que no tiene ingresos, quien lo sustenta? _____

¿Existe algún seguro de salud o vehículo que cubra los costos de su tratamiento médico? Si _____ No

Seguro/Póliza#

ATENCION BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Las Regulaciones federales requieren que los beneficiarios de Medicare provean pruebas de ingresos y bienes cuando apliquen por ayudas de hospitales.

Centersone se reserve el derecho de cambiar cualquier decisión tomada en relación con este formato incluyendo la cancelación de cualquier condonación si la información enviada es incorrecta, falsa o si las facturas médicas están relacionadas a un accidente por el cual hay una recuperación sustancial de dineros. Certifico que la información provista es correcta y entiendo que de acuerdo con el Estatuto 817.50 de la Florida, proveer información falsa para estafar un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios es un delito menor de Segundo grado. Le doy autorización a Centerstone para que verifique la información provista a través de un reporte de crédito del consumidor si es necesario. **Esta aplicación es válida por 3 meses.**

Firma Cliente/Representante Legal

Fecha

Firma Testigo (Notario no requerido)

Fecha