



Estimado paciente/garante:

Gracias por elegir Sacred Heart Health System para cubrir sus necesidades de atención médica. Nuestra misión es ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes, y es un honor poder hacerlo.

Tal como solicitó, le entregamos la Solicitud de Evaluación Financiera adjunta. Para evaluar su situación financiera, se requieren otros documentos además de la Solicitud completada y firmada. Si está casado, también se requerirá un comprobante de ingresos de su cónyuge antes de poder procesar la solicitud. Envíe la siguiente documentación:

- **Formulario de Evaluación Financiera** completado y firmado (adjunto); **Y**
- copia de sus tres (3) recibos de sueldo más recientes que muestren sus ingresos totales (sin descontar impuestos) y los de su cónyuge (si corresponde), y comprobante de cualquier otro ingreso recibido en el hogar (jubilación, Seguro Social, manutención infantil, etc.); **Y**
- copia de su declaración de impuestos federales más actual, incluido el formulario W-2(s). Si trabaja por cuenta propia, incluya todos los formularios complementarios junto con su declaración. Si no presentó su declaración impuestos el año pasado, debe enviar una carta en la que informe esto y el motivo; **O**
- otra documentación: si recibe asistencia de familiares o amigos, o vive con ellos, pídeles que respondan el formulario adjunto denominado "Carta de Apoyo". Esto **NO** los hará responsables del pago de sus facturas médicas. Solo servirá para demostrar cómo usted puede afrontar sus gastos de subsistencia. Si no recibe asistencia, no es necesario que complete la Carta de Apoyo; **Y**
- su número de caso de Medicaid, si corresponde. Si hay niños menores de edad en el hogar, debe presentar una denegación válida de Medicaid por ingresos o bienes. Esto es necesario incluso si el paciente cuenta con seguro médico. No cooperar con la manutención infantil no constituye una denegación válida. Los solicitantes de asistencia financiera deben cumplir con los requisitos de selección y solicitud de la asistencia pública (por ejemplo, Medicaid) para ser elegibles para recibir asistencia financiera.

Se debe recibir la solicitud completada junto con el comprobante de ingresos para completar el proceso de evaluación. El procesamiento de todos los documentos puede demorar 30 días a partir de su fecha de recepción. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. **Tenga en cuenta que si la información solicitada no se recibe dentro de los próximos 30 días, procederemos con nuestra práctica de facturación habitual.**

Toda la documentación debe ser enviada a la siguiente dirección:

**Sacred Heart Health System**  
**Patient Financial Services**  
**PO Box 2488**  
**Pensacola, FL 32513-2488**

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente llamando al 1-866-869-9677.

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes  
Sacred Heart Health System

## Solicitud de evaluación financiera



Número de historia clínica y de cuenta, para ser respondido por el personal del hospital		Número de historia clínica:		Hospital		Número de cuenta:	
Proporcione la siguiente información de forma completa y precisa. La información está sujeta a verificación.							
Nombre del paciente (primero y segundo nombres y apellido):				Número de Seguro Social:		Estado civil:	
Dirección:				Números de teléfono: Casa: ( ) Trabajo: ( ) Celular: ( ) Dirección de correo electrónico:			
Ciudad/estado/código postal:				Nombre de la parte responsable (primero y segundo nombres y apellido):			
<p>Enumere a todos los miembros del hogar. Los miembros del hogar incluyen al paciente, al cónyuge, a los menores y a los dependientes para fines tributarios. No incluya a personas que no sean de su familia, a compañeros de piso ni a familiares lejanos. Adjunte una lista de miembros del hogar adicionales en caso de que sean más de cinco (5).</p>							
Incluya los nombres de TODOS los miembros del hogar		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Vínculo con el paciente		Ingreso mensual	
1. PACIENTE			--	MISMA PERSONA		\$	
2.			--			\$	
3.			--			\$	
4.			--			\$	
5.			--			\$	
Cantidad total de miembros del hogar							
Ingreso mensual				Gastos mensuales			
Ingreso bruto de la parte responsable (sin descontar impuestos)		\$		Seguro hipotecario/de propiedad/de alquiler		\$	
Beneficios del Seguro Social		\$		Servicios (electricidad/agua/gas/recolección de residuos)		\$	
Ingreso bruto del cónyuge/otro miembro del hogar (sin descontar impuestos)		\$		Teléfono/celular/Internet/cable		\$	
Ingreso por inversión (rentas/acciones/dividendos/participaciones)		\$		Pagos relacionados con el automóvil (préstamo + seguro)		\$	
Monto recibido correspondiente a la manutención infantil/pensión alimenticia		\$		Alimentos (sin incluir cigarrillos ni bebidas alcohólicas)		\$	
Ingreso por propiedad alquilada		\$		Gastos médicos y de farmacia		\$	
Pensión/jubilación		\$		Monto abonado correspondiente a la manutención infantil/pensión alimenticia		\$	
Compensación por desempleo/para trabajadores		\$		Cuidado diario infantil		\$	
Otro:		\$		Préstamo para estudiantes		\$	
				Otro:		\$	
<b>Ingreso mensual total (sin descontar impuestos)</b>		<b>\$</b>		<b>Gastos mensuales totales</b>		<b>\$</b>	

Comentarios \_\_\_\_\_

Certifico que la información brindada anteriormente refleja de manera precisa y veraz mi situación financiera. Comprendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de la solicitud. La solicitud también será denegada si no solicito dicha asistencia mediante ni continuo con el proceso de solicitud. Autorizo a Sacred Heart Health System a verificar mis antecedentes crediticios a través de la oficina de crédito, si se considera apropiado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (parte responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CARTA DE APOYO

**Para ser llenado por la persona de apoyo del pacient**

**Por favor tenga (2 personas) un amigo o miembro de la familia completar declaración de verificación #1 y #2 abajo**

Pacientes, cónyuges o familiares información limitada, cero o lapso de la renta están obligados a tener las personas que los apoyan completa esta carta.

Nombre del paciente: \_\_\_\_ número de cuenta: \_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_ (nombre en imprenta) proporcionan el siguiente soporte sin cargo o cambio

a la persona de arriba. He apoyado desde: \_\_\_\_\_

Inicio Fecha

fin fecha

Por favor marque todo lo que se proporciona a continuación:

\_\_\_\_ De la Vivienda

\_\_\_\_ Alimentos

\_\_\_\_ Gastos y artículos personales (mensual estimada). \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ El paciente es mi esposa y yo soy el único apoyo de la casa.

Entiendo que al firmar esta carta de apoyo para el paciente nombrado anteriormente que no obliga a pagar por servicios médicos prestados al paciente del sistema de salud del sagrado corazón. El propósito de esta carta de apoyo es ayudar al paciente en la clasificación por potencial financiación soluciones bajo programa de asistencia financiera del Hospital.

Firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_

## CARTA DE APOYO/VERIFICACIÓN DEL LAPSO DE INGRESO

A lo mejor de mi conocimiento, \_\_\_\_\_ no ha tenido ningún ingreso de

\_\_\_\_\_. Él o ella está siendo apoyado financieramente por \_\_\_\_\_.

Inicio Fecha

fin fecha

Entiendo que al firmar esta carta de apoyo para el paciente nombrado anteriormente que no obliga a pagar por servicios médicos prestados al paciente en el sistema de salud del sagrado corazón. El propósito de esta carta de apoyo es ayudar al paciente en la clasificación por potencial financiación soluciones bajo programa de asistencia financiera del Hospital.

Firma: \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_