

FINANCIAL APPLICATION

Patient Name(s) _____ Date of service _____
Guarantor's Name _____ Relationship to patient _____
Social Security # _____ Date of Birth _____ Male ___ Female ___
Marital Status (circle): Married Single
Home Phone # _____ Cell Phone # _____ Work # _____
Current Address _____
County _____ How Long? _____ Employer _____ How Long? _____
Does employer offer health insurance? (Circle) Yes No Cost of coverage per month: Family \$ _____ Single \$ _____
Was hospital visit due to an accident? (Circle) Yes No
Was liability insurance involved? (Circle) Yes No
If yes for liability insurance, provide name/phone number/address/policy information of insurance

If unemployed, for how long? _____
Person responsible for this account _____ Relationship _____ Phone # _____
Responsible Party's Employer _____ How long? _____
Name of Bank _____ Savings Account # _____
Checking account # _____ Other Accounts # _____
How many people live in the household? _____ Relationship? _____
Have you ever applied for SSI/Disability? (Circle) Yes No When did you last apply? _____
Is the case still open and pending a decision? _____ If denied, have you filed an appeal? (Circle) Yes No

MONTHLY INCOME AND EXPENSE SUMMARY

Income
Monthly income received (all sources) \$ _____
Expenses
Rent/mortgage \$ _____
Auto Loans \$ _____
Health Insurance \$ _____
Car and House Insurance \$ _____
Total expenses \$ _____

List any family members in the household as listed on your Income Tax Return:

Name _____ Date of Birth _____ Social Security # _____
Name _____ Date of Birth _____ Social Security # _____
Name _____ Date of Birth _____ Social Security # _____
Name _____ Date of Birth _____ Social Security # _____

CONSENT FOR RELEASE OF CREDIT INFORMATION

I authorize Baptist Health System, Inc. or its designated agent to obtain a consumer report about me from Equifax, a consumer reporting agency that collects consumer credit information and issue reports based on that information. Baptist Health System, Inc. will use the report in reviewing my account to determine my ability to pay for medical services. I understand that a consumer report contains information relating to my credit standing, credit capacity, character, general reputation, person characteristics, and standard of living. I understand that by giving this consent, a consumer reporting agency such as Equifax, may provide Baptist Health System, Inc. with a consumer report about me, in accordance with the Fair Credit Reporting Act.

I also certify that all of the information provided is true and accurate.

Signature Date

Printed Name: _____

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre(s) del paciente _____ Fecha del servicio _____
Nombre del garante _____ Relación con el paciente _____
No. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre _____ Mujer _____

Estado civil (encerrar en un círculo): Casado _____ Soltero _____
No. de teléfono de la casa _____ No. de teléfono celular _____ No. de teléfono del trabajo _____

Dirección actual _____
Condado _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Empleador _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ofrece el empleador cobertura de seguro de salud? (encerrar en un círculo) Sí _____ No _____
Costo mensual de la cobertura: Familia \$ _____ Individual \$ _____

¿Se debió la visita al hospital a un accidente? (encerrar en un círculo) Sí _____ No _____
¿Hubo seguro contra responsabilidades involucrado? (encerrar en un círculo) Sí _____ No _____

Si contestó "sí" para el seguro por responsabilidades, suministre el nombre/número de teléfono/dirección/información sobre la póliza de seguro

Si está desempleado, ¿por cuánto tiempo? _____
Persona responsable de esta cuenta _____ Relación _____ No. de teléfono _____

Empleador de la parte responsable _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
Nombre del banco _____ No. de la cuenta de ahorros _____

No. de la cuenta de cheques _____ No. de otras cuentas _____
¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Cuál es la relación? _____

¿Ha alguna vez solicitado beneficios de SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) / Incapacidad? (encerrar en un círculo) Sí _____ No _____
¿Cuándo fue la última vez que los solicitó? _____

¿Está el caso todavía abierto y hay una decisión pendiente? _____ Si se le negaron, ¿ha presentado una apelación?
(encerrar en un círculo) Sí _____ No _____

RESUMEN DE LOS INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

Ingresos
Ingresos mensuales recibidos (todas las fuentes) \$ _____

Gastos
Alquiler (arrendamiento) / hipoteca \$ _____
Préstamos para vehículos \$ _____
Seguro de salud \$ _____
Seguro de vehículos y casa \$ _____
Alimentos \$ _____
Teléfono \$ _____
Gas \$ _____
Electricidad \$ _____
Gasolina \$ _____
Facturas por gastos médicos \$ _____
Otros \$ _____
Total de gastos \$ _____

NOTA: Por favor adjunte copias de las cuentas o facturas correspondientes a los dos últimos meses.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CREDITICIA

Por el presente autorizo al Baptist Health System, Inc. o al representante designado por éste a que obtenga un reporte del consumidor sobre mi persona de Equifax, una agencia que compila información crediticia sobre los consumidores y produce reportes sobre la base de dicha información. El Baptist Health System, Inc. usará el reporte para el examen de mi cuenta para determinar mi capacidad para pagar por servicios médicos. Comprendo que un reporte del consumidor contiene información pertinente a mi solvencia, capacidad crediticia, carácter, reputación general, características personales y nivel de vida. Comprendo que al otorgar este consentimiento, una agencia que reporta información sobre los consumidores, como por ejemplo Equifax, podrá suministrar al Baptist Health System, Inc. un reporte del consumidor sobre mi persona, de conformidad con la Ley de Reporte Justo del Crédito (*Fair Credit Reporting Act*).

También certifico que toda la información suministrada es veraz y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Answering the call.

FINANCIAL AID GUIDELINES

DATE:
NAME:
ADDRESS:

DEAR:

The Baptist Health System is committed to fulfilling its mission to provide healthcare as needed, regardless of someone's ability to pay. In an effort to fairly and impartially reduce your hospital bill, we ask that you complete the attached form and provide the following information:

- Most recent Income Tax Return
- Three recent paycheck stubs (a letter from employer is required if you do not receive paycheck stubs)
- Notice of any other type of public assistance (including food stamps)
- Copy of Social Security, SSI or VA check. (if check is directly deposited into your account, a bank statement can serve as verification)
- If you have applied for disability and have not yet been awarded benefits, written verification from the social security office will be required
- Copy of unemployment check, pension check, rental income checks, and short-term/long-term disability benefits payments (and/or any other income received if applicable)
- Copy of most recent Bank Statement

Please provide copies only and keep the originals of the above information for your records. This information is due in 10 days. We will only use this information to assist in the determination of your qualification for a reduction in your hospital bill.

Please send this information to my attention at the address provided below:

Attn: _____

You may also fax this information to me at xxx-xxx-xxxx. Please feel free to call me if you have any questions.

Sincerely,

Financial Counselor