

**MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM**  
**Formulario de evaluación financiera**

Número de cuenta	Número MR
------------------	-----------

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Proporcione la siguiente información de forma completa y precisa. La información está sujeta a verificación.  
**Según la Sección 817.50 del Estatuto de Florida, proporcionar información falsa para estafar a un hospital con el propósito de recibir bienes y servicio es un delito menor en segundo (2º) grado.**

Lista de miembros del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Empleador

Ingresos mensuales	Gastos mensuales		
Salario bruto de la parte responsable	\$	Alquiler o cuota de vivienda propia	\$
Salario del cónyuge	\$	Electricidad	\$
Otros ingresos:	\$	Teléfono:	\$

Activos	
Cuenta corriente	\$
Ahorros/Mercado monetario/Certificado de depósitos	\$
Valor de la(s) residencia(s)	\$

Certifico que la información suministrada más arriba es fiel y exacta representación de mi información financiera. También certifico que no existe ninguna cobertura de seguro adicional para este paciente más que las enumeradas en el momento del registro. Comprendo que proporcionar información falsa conllevará a la denegación de la solicitud de cualquier tipo de asistencia económica a través del Hospital South Broward del Distrito d/b/a del Memorial Healthcare System. Si tengo derecho a alguna acción contra una tercera parte pagadora o un acuerdo con la misma, ejecutaré cualquier acción necesaria o solicitada por Memorial Healthcare System para obtener tal asistencia, designaré a Memorial Healthcare System, y luego de recibirlo pagaré a Memorial Healthcare System, todos los montos recuperados hasta el monto total del saldo pendiente de mi factura. Si no solicito tal asistencia, no continúo con el proceso de solicitud, o no tomo las acciones razonablemente necesarias o solicitadas por Memorial Healthcare System se denegará esta solicitud. Además, autorizo a Memorial Healthcare System a revisar mi historial crediticio a través de la oficina de créditos, si lo consideran necesario.

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

\_\_\_\_\_  
 Fecha

[Etiqueta]



**TABLA D**

**SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN**

Por favor proporcione **UNO** de lo siguiente:

- Identificación vigente de Florida
- Licencia de conducir vigente
- Para solicitantes que no son elegibles para obtener una identificación de Florida: se deberá proporcionar una identificación alternativa expedida por el gobierno

**SECCIÓN 2: ELEGIBILIDAD**

Si usted es ciudadano de EE. UU. o ha sido residente legal por 5 años o más

**Y** tiene 65 años de edad o más, **O** recibe beneficios por discapacidad, **O** tiene hijos dependientes menores de 18 años de edad en su hogar, **DEBERÁ** proporcionar **UNO** de los siguientes documentos:

- Comprobante de Solicitud de Medicaid **antes** de presentar la solicitud para este programa
- Carta de denegación de Medicaid

**COMPROBANTE DE RESIDENCIA**

Los siguientes documentos **DEBERÁN** estar dirigidos a **usted o a su cónyuge**:

**SECCIÓN 2A**

Por favor proporcione **UNO** de los siguientes:

- Recibo vigente del FPL
- Recibo vigente de agua/drenaje
- Recibo telefónico vigente del hogar
  
- Recibo vigente del servicio de televisión por cable
- Recibo vigente de servicio de internet
- Recibo vigente de televisión satelital

Y **UNO** de los siguientes:

- Estado de cuenta vigente de la hipoteca
- Exención del patrimonio familiar
- Estado de cuenta del impuesto a la propiedad
- Escritura de propiedad
- Contrato de arrendamiento\*
- Registro vigente de automóvil
- Comprobante de domicilio autenticado por notario
- Subcontrato de arrendamiento

\*Si el contrato de arrendamiento indica que los servicios públicos están incluidos en la renta, se requieren dos muestras de correspondencia comercial o gubernamental dirigidas a usted, además del contrato de arrendamiento

Si completó la SECCIÓN 2A, puede omitir la SECCIÓN 2B y 2C y continuar con la SECCIÓN 3 y 4.

Si no puede presentar los DOS documentos de la SECCIÓN 2A, **DEBERÁ** completar primero las SECCIONES 2B y 2C.

**SECCIÓN 2B**

Si usted subarrienda o renta una habitación, o no paga su propia vivienda, **DEBERÁ** proporcionar **DOS** de lo siguiente.

Los documentos no deberán tener una antigüedad de más de 90 días (3 meses):

- Correspondencia comercial: Estado de cuenta de tarjeta de crédito, estados de cuenta bancarios, estado de cuenta de arrendamiento de automóvil, cualquier recibo/factura personal
- Correspondencia gubernamental: Carta de cupones para alimentos
- Formulario de declaración de domicilio del Centro Gubernamental del Condado de Broward
- Comprobante de pagos de renta
- Calendario escolar

**SECCIÓN 2C**

Si usted no paga por su vivienda, **DEBERÁ** proporcionar **TODOS** los siguientes documentos, además de los documentos listados en la SECCIÓN 3B:

- Una carta de sustento de la persona que brinda la ayuda, certificada por un notario O una declaración jurada del Albergue para Personas sin Hogar del Distrito Sur [South Broward District Homeless Shelter ], certificada por un notario, que certifique la falta de hogar (la carta no deberá tener una antigüedad mayor a 30 días)
- Comprobante de que usted es hijo/a, progenitor o hermano/a de la persona que brinda el sustento O que la persona que brinda el sustento lo incluye para efectos del impuesto federal sobre la renta O el comprobante de inscripción en un programa de servicio social adecuado, reconocido, para personas sin hogar en el Distrito Sur de Broward
- Para solicitantes que proporcionen una carta de sustento: deberán proporcionar también una copia de una identificación con fotografía de la persona que brinda el sustento

### SECCIÓN 3: COMPROBANTE DE CIUDADANÍA/ SITUACIÓN MIGRATORIA

#### No ciudadanos y visitantes:

DEBERÁN proporcionar **UNO** de los siguientes para cada miembro del hogar:

- Tarjeta de autorización laboral
- Comprobante de residencia en el Condado Sur de Broward
- Tarjeta de identificación de Florida o del seguro social
- Pasaporte con visa e I-94
- Tarjeta de residente

### SECCIÓN 4: COMPROBANTE DE INGRESOS

Las parejas legalmente casadas o las parejas no casadas con hijos **DEBERÁN** proporcionar el ingreso de todos los miembros de la familia

Por favor proporcione **UNO** de los siguientes:

- Talones de sueldo que indiquen los ingresos brutos para las últimas 6 semanas de usted, su cónyuge o pareja doméstica y de todos los miembros de la familia
- Carta fechada de su empleador, en papel membretado, indicando las horas trabajadas y el pago bruto
- Para solicitantes que trabajan por su cuenta: se acepta el formulario completado de la declaración de ingresos

Por favor proporcione **TODO** lo que le corresponda:

- Ayuda para la familia con hijos dependientes
- Pensión alimenticia
- Pensión para sustento de hijos
- Ingresos por discapacidad
- Ingresos del Seguro Social
- Remuneración por desempleo
- Pensiones
- Ingresos por dividendos
- Rentas vitalicias
- Remuneración laboral

Por favor proporcione **UNO** de los siguientes:

- Últimos 3 estados de cuenta consecutivos de TODAS las cuentas personales (cheques, ahorros, de retiro individual, certificados de depósito, mercado de dinero y bonos) Y cuentas bancarias comerciales de usted, su cónyuge (o pareja doméstica), y dependientes
- Comprobante de pago del solicitante y/o la persona que brinda el sustento, de todos los gastos mensuales durante los últimos 3 meses (es decir, giros bancarios, recibos de efectivo, cheques cancelados)

Por favor proporcione **UNO** de los siguientes:

Se deberán proporcionar todas las páginas, incluyendo los formularios 1040, los formularios W-2, los formularios 1099 y todos los documentos anexos

- Declaración de impuestos vigente – si se completa por separado, se deberán proporcionar ambas declaraciones de impuestos **(todos los formularios /páginas)**
- Declaraciones de impuestos personales y comerciales de usted, su cónyuge y todos los demás miembros de la familia **(todos los formularios /páginas)**
- Formulario 4506-T: Solicitud de la transcripción de la declaración de impuestos **(llame a IRS al 1-800-908-9946 para obtener copias gratuitas de las transcripciones)**
- Si usted trabaja independientemente, DEBERÁ proporcionar el formulario completo de la declaración de impuestos. **(todos los formularios /páginas)**

**No ciudadanos y visitantes:**

Por favor proporcione lo siguiente:

- Comprobante de pago para viajar a EE. UU.
- Comprobante de ingresos/gastos del país de origen
- Comprobante de sustento mientras está en EE. UU.
- Persona que brinda la ayuda en EE. UU.

**Puede solicitar información/documentación adicional para completar su solicitud. Toda la información está sujeta a verificación.  
Si tiene otras dudas sobre la elegibilidad, por favor comuníquese con el Servicio al Cliente al (954) 276 5501.**