



## Solicitud de Ayuda Financiera.

CENTERSTONE

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.

### **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](http://www.myflorida.com/accessflorida) para llenar el formulario de Medicaid.**

**Visite [www.centerstone.org/locations/florida](http://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					
<b>Total:</b>					

¿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#

Centerstone 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