

Aplicación para Ayuda con los Costos del Hospital

Esta sección que se completará por empleados del Hospital (This section to be completed by hospital staff):

Nombre del Paciente (Patient name): _____

Número de Cuenta (Account number): _____ Fecha del Servicio (Date of Service): _____

Tamaño de su familia	Código de Crédito E Ingreso Annual	Código de Crédito F Ingreso Annual	Código de Crédito H Ingreso Annual
1	\$0 - \$12,760	\$12,761 - \$19,140	\$19,141 - \$25,520
2	\$0 - \$17,240	\$17,241 - \$25,860	\$25,861 - \$34,480
3	\$0 - \$21,720	\$21,721 - \$32,580	\$32,581 - \$43,440
4	\$0 - \$26,200	\$26,201 - \$39,300	\$39,301 - \$52,400
5	\$0 - \$30,680	\$30,681 - \$46,020	\$46,021 - \$61,360
6	\$0 - \$35,160	\$35,161 - \$52,740	\$52,741 - \$70,320
7	\$0 - \$39,640	\$39,641 - \$59,460	\$59,461 - \$79,280
8	\$0 - \$44,120	\$44,121 - \$66,180	\$66,181 - \$88,240
Por cada persona adicional, añadida	\$4,480	\$4,480	\$4,480

Tamaño de su familia	Código de Crédito J Ingreso Annual	Código de Crédito K Ingreso Annual
1	\$25,521 - \$51,040	\$51,041 or greater
2	\$34,481 - \$68,960	\$68,961 or greater
3	\$43,441 - \$86,880	\$86,881 or greater
4	\$52,401 - \$104,800	\$104,801 or greater
5	\$61,361 - \$122,720	\$122,721 or greater
6	\$70,321 - \$140,640	\$140,641 or greater
7	\$79,281 - \$158,560	\$158,561 or greater
8	\$88,241 - \$176,480	\$176,481 or greater
Por cada persona adicional, añadida	\$4,480	\$4,480

NOTA: Se puede exigir información adicional y prueba de ingresos antes de que el hospital tome una determinación final.

En caso de que las lesiones o enfermedad que necesitaron los servicios del Hospital General de Tampa hayan surgido por actos u omisiones de un tercero y usted tenga derecho a compensación por parte de ese tercero o su compañía de seguro, entonces el derecho al servicio de caridad mencionado atrás será nulo y sin efecto. El Hospital General de Tampa, como titular de la asignación de beneficios, tiene derecho a recibir reembolso por los servicios prestados directamente de los fondos recibidos por cualquier acuerdo u orden judicial. No informar al Hospital General de Tampa de cualquier acuerdo de arreglo con terceros o sentencia judicial resultará en la revocación del derecho a servicios de caridad.

La información financiera que usted suministre podrá ser verificada por el Hospital General de Tampa. La falsificación de esta información es contraria a las leyes del estado y dará lugar a la revocación de cualquier descuento y/o ajuste concedido por el beneficio de caridad, y, por lo tanto, usted será responsable por el pago del saldo total.

Yo autorizo al hospital y/o al contratista para actuar a nombre mío con el fin de obtener cobertura de seguro o de medicamentos de reemplazo.

Yo entiendo que suministrar información falsa para defraudar a un hospital con el fin de obtener bienes y servicios es un DELITO MENOR en segundo grado, sancionable de conformidad con el ESTATUTO DE LA FLORIDA 817.50. Certifico que la información anterior es verdadera y exacta según mi leal saber y entender.

Firma del paciente / Padre del menor / Guardián del paciente

Firma del testigo

Nombre del paciente / Padre del menor / Guardián del paciente (En letrada molde)

Fecha

