

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 - \$12,140	\$12,141 - \$18,210	\$18,211 - \$24,280
2	0 - \$16,460	\$16,461 - \$24,690	\$24,691 - \$32,920
3	0 - \$20,780	\$20,781 - \$31,170	\$31,171 - \$41,560
4	0 - \$25,100	\$25,101 - \$37,650	\$37,651 - \$50,200
5	0 - \$29,420	\$29,421 - \$44,130	\$44,131 - \$58,840
6	0 - \$33,740	\$33,741 - \$50,610	\$50,611 - \$67,480
7	0 - \$38,060	\$38,061 - \$57,090	\$57,091 - \$76,120
8	0 - \$42,380	\$42,381 - \$63,570	\$63,571 - \$84,760
Por cada persona adicional, añadida	\$4,320	\$4,320	\$4,320

Tamaño de su familia	Código de Crédito J Ingreso Annual	Código de Crédito K Ingreso Annual
1	\$24,281 - \$48,560	\$48,561 - o mayor
2	\$32,921 - \$65,840	\$65,841 - o mayor
3	\$41,561 - \$83,120	\$83,121 - o mayor
4	\$50,201 - \$100,400	\$100,401 - o mayor
5	\$58,841 - \$117,680	\$117,681 - o mayor
6	\$67,481 - \$134,960	\$134,961 - o mayor
7	\$76,121 - \$152,240	\$152,241 - o mayor
8	\$84,761 - \$169,520	\$169,521 - o mayor
Por cada persona adicional, añadida	\$4,320	\$4,320

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 letra de molde)

Fecha



Worksheet

Regarding Credit Code X

Please note that credit code X is intended to be a temporary holding designation which requires follow-up or documentation as to why follow-up has not been possible. In the work space below, please indicate the special circumstance, which prevented the gathering of data sufficient to assign a permanent credit code assignment.

At the time of Admission /Registration the patient was unable to provide the necessary information because:

_____ Patient's confused and does not comprehend the question or document.

_____ Patient's injuries prevent access for questioning (i.e. trauma).

_____ Patient's medical condition prevents access for questioning (i.e. comatose).

_____ Physicians / Nurses request: or direct that patient cannot be accessed for questioning.

_____ Patient taken directly to surgery, floor or diagnostic setting.

_____ Patient is deceased.

_____ Other _____

Follow-up attempts to gather required information from patient and or family was made.

Date	Time	Location	By
_____	_____	_____	_____

Patient/Guarantor Statement

_____ I choose not to provide any information on my personal finances or family size.

Date	Time	Location
_____	_____	_____

Patient / Guarantor Signature