

HALIFAX HEALTH
 303 N. Clyde Morris Blvd., Daytona Beach, FL 32114
 1041 Dunlawton Ave., Port Orange, FL 32127

Patient Name _____
 Adm. Date _____ Dr. _____
 Date of Birth _____ Age _____
 MR # _____ Visit # _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____

Visita Número: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ingreso bruto en los últimos 12 meses: _____ Número de personas en el hogar: _____

Cobertura de Seguro de Salud: Ninguna

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE:

1. Entiendo que proveer información falsa para defraudar al hospital con fines de obtener elementos o servicios es un delito menor de segundo grado, penado bajo el Estatuto de Florida 817.50. Los culpables de violar esta ley serán procesados y castigados.
2. Doy fe que, a mí entender, la información provista anteriormente es veraz y correcta.
3. Solicitaré recibir cualquier asistencia que pueda haber disponible para el pago de mi cuenta y tomaré cualquier paso razonable que sea necesario para obtener dicha ayuda. Más aún, hasta que mi deuda quede saldada, yo asignaré o entregaré cualquier monto recibido de dicha asistencia a Halifax Health (HH). Por la presente autorizo y doy permiso a tales agencias (HRS, Social Security Administration, etc.) para divulgar el estatus de mi aplicación, su aprobación o razón por la que fue rechazada.
4. Entiendo que la información sometida está sujeta a ser verificada por HH, Agencias Federales y/o Estatales y otros que lo requieran.
5. Si se estima que no califico para asistencia, yo pagaré por los servicios recibidos. Entiendo que la forma de pago puede ser reevaluada por HH de acuerdo a su iniciativa.
6. Doy fe que la dirección provista anteriormente es una declaración exacta y veraz de my residencia o domicilio.
7. Doy fe que no he sido declarado dependiente de mis padres por virtud de una Orden Judicial, y que mis padres no me reclaman como dependiente en su declaración de impuestos. Entiendo que si he sido declarado dependiente y si mis padres me han declarado como una deducción impositiva, yo debo incluir sus ingresos en esta solicitud de asistencia.

Parámetro de Pobreza 2011

Miembros de Familia	Nivel Federal de Pobreza (NFP) Ingresos	Caridad 200% NFP 100% Descuento
1	\$10,890	\$21,780
2	\$14,710	\$29,420
3	\$18,530	\$37,060
4	\$22,350	\$44,700
5	\$26,170	\$52,340
6	\$29,990	\$59,980
7	\$33,810	\$67,620
8	\$37,630	\$75,260

Fuente: Registro Federal, Enero 20, 2011, pp. 3637-3638

8. La Autorización se determina por el cálculo de: 200% de las actuales Indicadores Federales de Pobreza.

Firma del solicitante: X _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Aprobado No Aprobado

(Administración de Recursos / Consejero Financiero)



LGL/INS FORM