



PFFIN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección permanente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

**Dirección postal, si es diferente:**

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

- 1 En los últimos 90 días, ¿ha solicitado ayuda financiera o completado este formulario? ☐ Sí ☐ No  
2 ¿Tiene actualmente algún tipo de seguro médico? ☐ Sí ☐ No  
3 ¿La visita a su proveedor fue consecuencia de un accidente en el trabajo? ☐ Sí ☐ No  
4 ¿La visita a su proveedor fue consecuencia de un accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No

**Si respondió de manera afirmativa a ALGUNA de las preguntas anteriores, DETÉNGASE. Comuníquese con la oficina comercial del centro de Baptist donde se recibieron los servicios para hablar de su cuenta.**

En la siguiente tabla, mencione al paciente y a los familiares que viven en el mismo hogar que el paciente. Los familiares son personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Incluya la relación y la edad de todos los familiares. Luego, mencione el monto y la fuente de ingresos de cada persona. Los ingresos incluyen el sueldo bruto (antes de la declaración de impuestos), los ingresos por rentas, una indemnización por desempleo, beneficios del seguro social, la jubilación, beneficios por discapacidad, la asistencia pública, etc. La documentación que respalda los cálculos de los ingresos debe presentarse con esta solicitud firmada.

Familiar (nombre)	Relación con el paciente	Edad	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Recibos de sueldo de los últimos tres meses	Declaración de impuestos de ingresos de los últimos 12 meses
Total de familiares			Total de ingresos		

Su solicitud no puede procesarse, a menos que facilite uno de los siguientes documentos para respaldar cada una de las fuentes de ingresos mencionadas arriba.

Recibos de sueldo de los últimos tres meses

Formulario W2 del año anterior

Documentos legales/Manutención de hijos

Resúmenes bancarios

Declaración de impuestos del año anterior

Documentos relacionados con programas de asistencia federal y estatal

Estados de cuenta de la pensión/jubilación

(solo para depósitos de SSA/jubilación)

Regrese esta solicitud y la información obligatoria a la oficina comercial del centro de Baptist donde recibió los servicios.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o de la persona autorizada para firmar por el paciente

Relación con el paciente

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar del servicio \_\_\_\_\_ Hospital o \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DEL PROVEEDOR

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Fecha del servicio \_\_\_\_\_

Proveedor de BMHCC \_\_\_\_\_



NEA Baptist Jonesboro Business Office  
4800 East Johnson, Jonesboro, AR 72405  
N.º de fax: 870-936-1062

Dirección de correo electrónico: fap@bmhcc.org

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

▼ Patient Label ▼