



**HOSPITAL DE NIÑOS NICKLAUS
SOLICITUD PARA EVALUACIÓN FINANCIERA**

Nombre del Paciente: _____

Número de Cuenta _____ \$ _____

Domicilio Particular: _____

Número de Cuenta _____ \$ _____

Número de Cuenta _____ \$ _____

Condado: _____

Número de Cuenta _____ \$ _____

COMPROBANTE DE RESIDENCIA (Copia Adjunta)

Deuda Total: \$ _____

- Licencia de Conducir
- Facturas por Servicios Públicos
- Permiso de Circulación
- Registro de Votantes
- Otros _____

MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO

NOMBRE	EDAD	REL	FUENTE DE INGRESOS	FRECUENCIA DE INGRESOS* (S, Q, M, DVM) ₁	INGRESOS BRUTOS	INGRESO BRUTO ANUAL
1. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
2. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
3. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
4. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
5. _____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

Número total de Miembros de la Familia: _____

Total:

*Ingresos Brutos Antes de Deducciones *** S=Semanal (52) Q= Quincenal (26) M=Mensual (12) DVM=Dos Veces al Mes (24)

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

Certifico que el ingreso de mi familia durante los últimos 12 meses ha sido de \$ _____ y que hay _____ personas en mi familia. La información sobre los ingresos puede verificarse llamando a los siguientes empleadores:

Compañía	Teléfono	Compañía	Teléfono
_____	_____	_____	_____

Además, entiendo que según el artículo 817.50 de las Leyes del Estado de Florida, proveer información falsa o defraudar a un hospital a fin de obtener bienes o servicios es un delito menor en segundo grado.

Fecha	Garante	Testigo
_____	_____	_____

- Califica conforme a las Directrices Federales según el ingreso bruto anual
- La responsabilidad neta del paciente según las Directrices Federales supera el 25% de los ingresos brutos anuales
- No califica según las Directrices Federales

Porfavor devolver esta evaluacion financiera adjunto con una prueba de ingresos via

Por correo electronico:
Customer.Service@Nicklaushealth.org

En persona:
Eligibility Assistance Services Department 3100 SW
62 Avenue Miami, FL 33155

Por fax: 305-662-8305
Or call **Telephone:** 305-663-8452

Supervisor _____ Fecha _____

Administrador _____ Fecha _____

¹ Semanal, quincenal, mensual, dos veces al mes.