

**UF Health Jacksonville**  
**Programa de Asistencia Financiera**  
**Aplicación para Asistencia Financiera**

Con el fin de ser considerado para recibir Asistencia Financiera, por favor complete en su totalidad el formulario de Estado Financiero adjunto. El Estado Financiero no estará completo sin la firma del garante apropiado.

**Los solicitantes deben proporcionar la verificación de los ingresos e identificación de todos los miembros de la unidad familiar por un período de no menos de 90 días o de los 12 meses anteriores a la fecha en que los servicios fueron prestados.**

**Unidad familiar:** Un individuo, su esposo, esposa, hijo (s) biológico(s), hijo(s) adoptado(s) incluyendo hijo(s) no nato(s) que vive(n) juntos en el mismo lugar de residencia. El/los niño(s) deben tener 17 años de edad o menos para ser incluidos en la unidad familiar. Sin embargo, un menor emancipado debe proporcionar alguna forma de prueba documentada para ser considerado para recibir asistencia financiera como parte de una unidad familiar independiente.

Las formas aceptables de verificación de ingresos se limitan a (solo son aceptables copias legibles):

- Ingresos salariales
- Ingresos como trabajador independiente
- Pensión alimenticia
- Manutención de los hijos
- Pensión a Familiar(es) de un Militar
- Asistencia pública
- Pensión/Jubilación
- Compensación por Desempleo
- Compensación Laboral
- Ayuda económica y becas de más del costo de la matrícula y los libros
- Formularios W-2 de Retención de Impuestos
- Talonarios de pago (de los 90 días o de los 12 meses más recientes)
- Declaración de Impuestos Sobre la Renta (más reciente)
- Verificación por escrito de los salarios pagados por el empleador o fuente de pago recibida de un tercero
- Verificación por escrito de las Agencias Públicas que pueden dar fe de los ingresos del solicitante, tales como el Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, la Administración de Veteranos, y la de los Jubilados Ferroviarios.
- Los últimos 3 o 12 meses de los estados de cuenta bancarios
- Asignaciones para la Supervivencia
- Los pagos por Discapacidad
- Intereses o Dividendos
- Arrendamientos
- Regalías
- Ingresos por Herencias o Fideicomisos
- Declaración Notarial de apoyo que verifica el apoyo recibido por los últimos 90 días o los últimos 12 meses
- Los ingresos derivadas de otras fuentes

Tras la determinación de su elegibilidad, se le notificará por escrito.

**LAS APLICACIONES COMPLETADAS Y LAS COPIAS DE LOS DOCUMENTOS DE APOYO PUEDEN SER DEVUELTOS EN PERSONA O POR CORREO A:**

Attn: UF Health Jacksonville  
Financial Evaluation Department  
655 West 8<sup>th</sup> Street  
Jacksonville, Florida 32209

Si tiene alguna pregunta, favor de contactarnos al (904) 244-4015

[enroll@jax.ufl.edu](mailto:enroll@jax.ufl.edu)

<http://ufhealthjax.org/patient-care/financial-assistance.aspx>

**Apéndice B (Aplicación para Asistencia Financiera)**

**UF Health Jacksonville ESTADOS FINANCIEROS**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ REGISTRO MEDICO # \_\_\_\_\_ NO. DEPENDIENTES \_\_\_\_\_  
(TOTAL EN EL HOGAR)

PARTE RESPONSABLE	NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE			NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		REL. CON EL PACIENTE		ID DEL GARANTE	
	DIRECCION			CIUDAD			ESTADO	CODIGO DE AREA		TEL DEL HOGAR	
	NOMBRE DEL EMPLEADOR			DIRECCION					CIUDAD		
	ESTADO		CODIGO DE AREA	TEL. DEL TRABAJO			DURACION DEL EMPLEO		SALARIO BRUTO		
	NOMBRE DEL EMPLEADOR PREVIO			DIRECCION					CIUDAD		
	ESTADO		CODIGO DE AREA	TEL. DEL TRABAJO			DURACION DEL EMPLEO		SALARIO BRUTO		
ESPOSO(A)	NOMBRE DE ESPOSO(A)			NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO					
	DIRECCION			CIUDAD			ESTADO	CODIGO DE AREA		TEL DEL HOGAR	
	NOMBRE DEL EMPLEADOR			DIRECCION					CIUDAD		
	ESTADO		CODIGO DE AREA	TEL. DEL HOGAR			DURACION DEL EMPLEO		SALARIO BRUTO		
BIENES/INGRESOS	Ingreso	SALARIO BRUTO (APROX)		MANUTENCION/PENSION ALIMENTICIA		INGRESO POR ALOUILERES		SEGURO SOCIAL/PENSION		RETRADO/DISCAPACITADO	
		COMPENSACION LABORAL		INTERESES Y DIVIDENDOS		ASISTENCIA PUBLICA		DESEMPLEO	PENSIONES	REGALIAS	
	Otros	INGRESOS POR FIDEICOMISOS/HERENCIAS		ASISTENCIA VOCACIONAL/EDUCACIONAL		INGRESO DE EMPLEADO INDEPENDIENTE		INGRESO DE LOS DEPENDIENTES			
		OTROS INGRESOS		TOTAL DE INGRESOS							
COMPROMISOS/DEUDAS	VIVIENDA	RENTA (HOGAR)		RENTA(TIERRA)	PAGO DE HIPOTECA		OTROS		TOTAL VIVIENDA		
		ELECTRICIDAD		AGUA	TELEFONO		GAS		TOTAL DE UTILIDADES		
	TRANSPORTE	PRIMER AUTO: MARCA /ANO		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES		GASOLINA/MES (Todos los vehiculos)			
		SEGUNDO AUTO: MARCA /ANO		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES		SEGURO/POR MES (Todos los vehiculos)	TOTAL DE TRANSPORTACION		
	MISCELANIOS	SEGURO (Especifique por mes o por año)			DE SALUD	DE VIDA	SALDO ADEUDADO	PAGOS MENSUALES	GUARDERIA INFANTIL (POR MES)	ALIMENTACION	
		ACREDOR		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES					
		ACREDOR		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES					
		ACREDOR		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES			TOTAL DE GASTOS MISCELANIOS		
	OTROS PRESTAMOS	NOMBRE		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES					
		NOMBRE		SALDO ADEUDADO		PAGOS MENSUALES		TOTAL OTHER EXPENSES		TOTAL LIABILITIES	

Certifico que la información contenida en este documento es verdadera y exacta con lo mejor de mi conocimiento, y que no tengo otras fuentes de ingreso o responsabilidades excepto por las listadas. Entiendo que dar información falsa o inexacta puede constituir fraude en violación de los Estatutos de la Florida 817.50. Autorizo al Hospital y a sus médicos para hacer cualquier consulta u obtener cualquier información que se considere necesaria para verificar la exactitud de la información contenida en el presente documento. Autorizo a cualquier institución financiera, a la Oficina del Seguro Social, al Buró de Crédito, a mis acreedores, propietario, y a mis patrones pasados y presentes para que divulguen cualquier información o documentación solicitada por el Hospital o médicos para verificar la información proporcionada en este documento.

FIRMA			FECHA	TESTIGO		FECHA	