

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

Con el fin de ser considerado para Asistencia Financiera, por favor complete en su totalidad el formulario de Estado Financiero adjunto. El Estado Financiero no estará completo sin la firma del fiador 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 12 meses anterior a la fecha en que los servicios fueron prestados.**

**Unidad familiar:** Es un individuo, su esposo(a), hijo(s) de nacimiento, hijo(s) adoptivo(s), incluyendo los fetos por nacer que viven juntos en el mismo lugar de residencia. El (los) niño(s) debe(n) tener 17 años o menos para ser incluido(s) en la unidad familiar. Sin embargo, un menor emancipado debe proporcionar algún tipo de prueba documentada para ser considerado para recibir ayuda financiera como parte de una unidad familiar independiente.

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

- Los ingresos por salarios
- Los ingresos de trabajo por cuenta propia
- La pensión alimenticia
- Manutención de los hijos
- Asignaciones a Familiar de un Militar
- Asistencia pública
- Pensión / jubilación
- Compensación por desempleo
- Compensación Laboral
- Becas para estudios en exceso del costo de la matrícula y los libros
- Formularios W-2 de retención de impuestos
- Talonarios de cheques (de los últimos 90 días o 12 meses)
- Declaración de Impuestos sobre la Renta (más reciente)
- Verificación por escrito de los salarios pagados por su empleador o fuente de pago recibida de un tercer partido
- Verificación por escrito de las agencias públicas que pueden dar fe de los ingresos del solicitante, tales como el la del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, la Administración de Veteranos, y la de los Jubilados del Ferrocarril.
- Los últimos 3 ó 12 meses de estados de cuenta bancarios
- Asignación de Supervivencia
- Los pagos por Discapacidad
- Intereses o Dividendos
- Alquiler
- Las Regalías
- Los ingresos por herencias o fideicomisos
- Declaración Notarizada de apoyo que verifica el apoyo recibido por los últimos 90 días ó 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 \_\_\_\_\_ MEDICO REGISTRO NO. \_\_\_\_\_ 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 GUARANTE	
	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		
ESOSO(A)	NOMBRE DE ESOSO(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		
BANCOS	NOMBRE DEL BANCO DE SU CUENTA DE CHEQUES		CUENTA #	CIUDAD	TEL.	SALDO		
	NOMBRE DEL BANCO DE SU CUENTA DE AHORROS		CUENTA #	CIUDAD	TEL.	SALDO		
BIENES	Ingreso	SALARIO BRUTO (APROX)	MANUTENCION/PENSION ALIMENTICIA	INGRESO POR ALQUILERES	SEGURO SOCIAL/PENSION	RETRADO/DISCAPACITADO		
		OTROS (ESPECIFIQUE)	PENSIONES	ASISTENCIA PUBLICA/AFDC	DESEMPLEO	INTERESES/DIVIDENDOS	INGRESO TOTAL	
	Otros	VALOR DE LA CASA	SALDO ADEUDADO	ESTAMPILLAS DE COMIDA	VALOR DE OTRAS PROPIEDADES			
BONOS/BOLSA DE VALORES		VALOR DE JOYAS	OTROS ACTIVOS (BOTES, CASA MOBIL O TRAILER,ETC)					
VIVIENDA	RENTA (HOGAR)	RENTA(TIERRA)	PAGO DE HIPOTECA	OTROS		TOTAL VIVIENDA		
	ELECTRICIDAD	AGUA	TELEFONO	GAS	TOTAL DE UTILIDADES			
COMPROMISOS/DEUDAS	TRANSPORTE	PRIMER AUTO: MARCA /AÑO	SALDO ADEUDADO	PAGOS MENSUALES		GASOLINA/MES (Todos los vehiculos)		
		SEGUNDO AUTO: MARCA /AÑO	SALDO ADEUDADO	PAGOS MENSUALES		SEGURO/POR MES (Todos los vehiculos)	TOTAL 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				
	OTROS/RETRASADOS	ACREDOR	SALDO ADEUDADO	PAGOS MENSUALES				
		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