

### Solicitud para recibir asistencia financiera

I. Información demográfica		
Número del Seguro Social del solicitante:	Número de expediente médico de Jackson Health: (si corresponde o se encuentra disponible)	
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	País de nacimiento:	
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Otra Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <hr/>		
¿Actualmente reside en el condado de Miami-Dade?    Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>		
<hr/> ¿Ha vivido en el condado de Miami-Dade por 90 días o más?    Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>		
Dirección de residencia actual: _____		
Ciudad: _____	Condado: _____	Estado: _____
Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia): _____		
Ciudad: _____	Condado: _____	Estado: _____
Número de teléfono del hogar: _____ Número de teléfono móvil: _____		
Dirección de correo electrónico: _____		
Contacto en caso de emergencia _____		Relación: _____
Número de teléfono del contacto en caso de emergencia: _____		
<hr/> ¿Actualmente reside en el condado de Miami-Dade?    Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>		

**I. Consentimiento para verificar empleo, historial crediticio y otra información financiera**

**A. Autorizo a Jackson Health System a obtener verificación de mi empleo, historial crediticio y cualquier otra información financiera, por ejemplo, estados de cuentas, anualidades, etc., con el objetivo de determinar mi elegibilidad y continuidad para la obtención de donaciones, subvenciones y para cualquier otro programa de beneficios gubernamental que se encuentre disponible.**

**B. Certifico que la información provista para completar esta solicitud es verdadera. Además, entiendo que, conforme al estatuto 817.50, brindar información falsa para estafar a un hospital con el objetivo de recibir bienes y servicios, entre los que se incluyen productos farmacéuticos, constituye un delito menor en segundo grado.**

**C. Consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto: Al otorgar mi consentimiento a continuación, autorizo el uso de cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil que haya proporcionado para recibir información relacionada con las instrucciones de alta, otras comunicaciones de atención médica y mis obligaciones financieras, como, por ejemplo, instrucciones posoperatorias, instrucciones de seguimiento con el médico, información nutricional, información sobre recetas médicas, recordatorios de citas, recordatorios de pago, portal del paciente y enlaces a la información de facturación.**

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?  Sí  No

¿Podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto?  Sí  No

---

Firma del solicitante

---

Fecha

**\*Presente documentación de respaldo (identificación, comprobantes de ingresos, constancia de residencia y cualquier otra documentación sobre la cobertura de atención médica) junto con su solicitud.**