



Baptist Community
Health Services

CARTA DE APOYO FINANCIERO

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

A quien corresponda:

El paciente mencionado anteriormente está viviendo conmigo. De acuerdo con sus criterios de elegibilidad y hasta el mejor de mis conocimientos, este paciente actualmente tiene cero ingresos y no puede pagar sus gastos médicos debido a dificultades financieras. El paciente tampoco tiene cobertura de seguro médico para ayudar a pagar el costo de los gastos médicos. Seleccione lo siguiente:

- A. Proporciono apoyo financiero al paciente mencionado anteriormente. (En caso afirmativo, se necesita una prueba de ingresos para verificar.) **Sí O No**
- B. No proporciono ningún apoyo financiero al paciente mencionado anteriormente. (Por favor, refiera al paciente al formulario de Autodeclaración de No Ingresos.) **Sí O No**

Certifico que la información contenida anteriormente es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender. Se pueden hacer consultas para verificar las declaraciones aquí. Entiendo que las omisiones falsas son formas de descalificación y pueden ser procesadas bajo las leyes actuales. Entiendo que este acuerdo durará 1 año, periodo en el que se me pedirá que proporcione la documentación necesaria o renueve este acuerdo. Gracias por su ayuda.

Firma del paciente

Firma del que apoya