

Financial Information Report

Admit Date: _____ Account Number: _____
 Name: _____ Telephone Number: _____
 Address: _____
 Mailing Address: _____
 Date of Birth: _____ Social Security Number: _____ Marital Status: S M D W

HOUSEHOLD COMPOSITION (PERSON/PERSONS LIVING AT HOME)

NAME	SEX	AGE	RELATIONSHIP

(please list additional names on back of page)

ANNUAL INCOME INFORMATION (PREVIOUS 12 MONTHS FROM DATE OF SERVICE)

Employer (present): _____ Length of Employment: _____ Phone # _____
 Gross Wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours: _____
 Do you own the business? Yes No If yes, please supply personal & business Tax Returns.
 Employer (past): _____ Length of Employment: _____
 Gross Wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours: _____
 Spouse Employer _____ Length of Employment: _____ SS # _____
 Gross Wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours: _____
 Retirement Benefits? Yes No Amount \$ _____
 SS Benefits Yes No Amount \$ _____
 VA Benefits Yes No Amount \$ _____
 IRA's Yes No Amount \$ _____
 Unemployment Benefits Yes No Amount \$ _____
 Any other household income? Yes No Amount \$ _____

ASSET INFORMATION

Name of bank: _____ Checking \$ _____ Savings \$ _____
 Stocks: . . . Yes No \$ _____ Bonds . . . Yes No \$ _____ CD'S . . . Yes No \$ _____
 Home: Own - Yes No Rent - Yes No Buying - Yes No What is the monthly payment: \$ _____
 Do you own other property: Yes No If yes, what is the location: _____
 Automobile 1 Year _____ Make: _____ Balance or monthly payments \$ _____
 Automobile 2 Year _____ Make: _____ Balance or monthly payments \$ _____

MEDICAID QUESTIONNAIRE

Have you applied for Medicaid? Yes No When: _____ Where: _____
 Comments: _____

COMBINED GROSS INCOME FOR THE PAST 12 (TWELVE) MONTHS HAS BEEN \$ _____ AND THERE ARE _____ (# OF PEOPLE IN MY FAMILY. THE INCOME INFORMATION CAN BE VERIFIED BY CALLING THE ABOVE EMPLOYERS. ADDITIONALLY, I UNDERSTAND THAT IN ACCORDANCE WITH FLORIDA STATUTES 817.50, PROVIDING FALSE INFORMATION TO DEFRAUD A HOSPITAL FOR THE PURPOSES OF OBTAINING GOODS OR SERVICES IS A MISDEMEANOR IN THE SECOND DEGREE. FURTHER, THE UNDERSIGNED HEREBY CONSENTS TO THE HOSPITAL'S INQUIRIES INTO HIS/HER CREDIT HISTORY IN CONFORMITY WITH THE LEGITIMATE BUSINESS NEEDS AND APPLICABLE LAWS, RULES, AND REGULATIONS.

IN THE EVENT THAT ASSETS OR A PAYMENT BECOME AVAILABLE, LEE MEMORIAL HEALTH SYSTEM RESERVES THE RIGHT TO REVERSE THE ORIGINAL ADJUSTMENT.

I HEREBY CERTIFY THE ABOVE INFORMATION TO BE TRUE AND CORRECT.

Patient/Guarantors Signature _____ Date _____ Witness Signature _____
 Spouse Signature _____ Date _____

Reporte de Información Financiera

Fecha de admisión: _____ Núm. de cuenta: _____
 Nombre: _____ Núm. de teléfono: _____
 Dirección: _____
 Dirección postal: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Núm. de seguro social: _____ Estado civil: S C D V

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (PERSONA/PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR)

NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO

(por favor, anote los nombres adicionales al dorso de esta página)

INFORMACIÓN DEL INGRESO ANUAL (DURANTE LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE SERVICIO)

Empleador (actual): _____ Duración del Empleo: _____ Núm. de teléfono _____
 Salario bruto: _____ Por hora Por semana Por mes Por año Núm. de horas: _____
 ¿Es usted dueño(a) del negocio? Sí No Si contestó sí, favor de proveer las planillas contributivas personales y comerciales.
 Empleador (pasado): _____ Duración del Empleo: _____
 Salario bruto: _____ Por hora Por semana Por mes Por año Núm. de horas: _____
 Empleador del(de la) cónyuge _____ Duración del Empleo: _____ Núm. de seguro social: _____
 Salario bruto: _____ Por hora Por semana Por mes Por año Núm. de horas: _____
 ¿Beneficios de retiro? Sí No Cantidad \$ _____
 Beneficios de seguro social Sí No Cantidad \$ _____
 Beneficios de veteranos Sí No Cantidad \$ _____
 Cuentas IRA. Sí No Cantidad \$ _____
 Beneficios de desempleo Sí No Cantidad \$ _____
 ¿Algún otro ingreso en el hogar? . . . Sí No Cantidad \$ _____

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Nombre del banco: _____ Cheques \$ _____ Ahorros \$ _____
 Acciones: . . Sí No \$ _____ Bonos . . . Sí No \$ _____ CD'S . . . Sí No \$ _____
 Casa: Dueño(a) – Sí No Alquila – Sí No Comprando – Sí No ¿Cuál es el pago mensual?: \$ _____
 ¿Posee usted alguna otra propiedad? Sí No Si contestó sí, ¿dónde está localizada?: _____
 Automóvil 1 Año _____ Marca: _____ Balance o pagos mensuales \$ _____
 Automóvil 2 Año _____ Marca: _____ Balance o pagos mensuales \$ _____

CUESTIONARIO DE MEDICAID

¿Ha solicitado usted el Medicaid? Sí No Cuándo: _____ Dónde: _____
 Comentarios: _____

EL INGRESO BRUTO COMBINADO DURANTE LOS PASADOS 12 (DOCE) MESES HA SIDO \$ _____ Y HAY _____ (NÚMERO DE) PERSONAS EN MI FAMILIA. LA INFORMACIÓN DE INGRESOS PUEDE SER VERIFICADA LLAMANDO A LOS EMPLEADORES QUE APARECEN ARRIBA. ASÍ TAMBIÉN, YO ENTIENDO QUE DE ACUERDO CON EL ESTATUTO DE LA FLORIDA 817.50, PROVEER INFORMACIÓN FALSA PARA DEFRAUDAR A UN HOSPITAL CON EL PROPÓSITO DE OBTENER BIENES O SERVICIOS ES UN DELITO MENOR EN EL SEGUNDO GRADO. ADEMÁS, EL SUSCRITO POR ESTE MEDIO CONSIENTE A LAS AVERIGUACIONES DEL HOSPITAL DE SU HISTORIAL DE CRÉDITO EN CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES COMERCIALES LEGÍTIMAS Y LAS LEYES, REGLAS Y REGULACIONES APLICABLES.

EN LA EVENTUALIDAD QUE LOS ACTIVOS O PAGOS ESTÉN DISPONIBLES, LEE MEMORIAL HEALTH SYSTEM SE RESERVA EL DERECHO A REVERTIR EL AJUSTE ORIGINAL.

POR ESTE MEDIO YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE APARECE ARRIBA ES CIERTA Y CORRECTA.

Firma del(de la) Paciente/Garantizador _____ Fecha _____ Firma del(de la) Testigo _____
 Firma del(de la) Cónyuge _____ Fecha _____