

Admit Date: _____ HAR #: _____ Telephone#: _____ Date of Birth: _____
 Patient Name: _____ Social Security #: _____ Marital Status: S M D X W
 Physical Address: _____ Mailing Address: _____

HOUSEHOLD COMPOSITION (PERSON/PERSONS LIVING AT HOME)

NAME (Last, First, Middle)	SEX	AGE	DOB	RELATIONSHIP	ANNUAL INCOME

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

#1 PATIENT/GUAR EMPLOYER (current): _____ **LENGTH OF EMPLOYMENT:** _____ **Phone#:** _____
If employed < 12 months, must complete section #2
 Gross wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours per week: _____
 Do you own the business?: Yes No If Yes, please provide personal & business Tax Returns.

#2 EMPLOYER (previous/past): _____ **LENGTH OF EMPLOYMENT:** _____ **Phone#:** _____
 Gross wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours per week: _____

#3 SPOUSE/SIG. OTHER EMPLOYER (current): _____ **LENGTH OF EMPLOYMENT:** _____ **Phone#:** _____
If < 12 months, must complete section #4
 Gross wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours per week: _____
 Do you own the business?: Yes No If Yes, please provide personal & business Tax Returns.

#4 EMPLOYER (previous/past): _____ **LENGTH OF EMPLOYMENT:** _____ **Phone#:** _____
 Gross wages: _____ Hourly Weekly Monthly Yearly Number of hours per week: _____
 Retirement benefits: Yes No Amount \$: _____ Unemployment: Yes No Amount \$: _____
 Disability benefits: Yes No Amount \$: _____ Rental Income: Yes No Amount \$: _____
 Other Household Income Yes No Amount \$: _____ SS benefits: Yes No Amount \$: _____
 VA? Yes No Amount \$: _____ IRA's? Yes No Amount \$: _____

ASSET INFORMATION

Name of Bank: _____ Checking: \$ _____ Savings: \$ _____ Money Mkt: \$ _____
 Stocks? Yes No \$ _____ Bonds? Yes No \$ _____ CD's Yes No \$ _____
 Home: Own? Yes No Rent: Yes No Buying Yes No What is monthly payment? \$ _____
 Do you own other property: Yes No If Yes, what is the location? _____
 Vehicle 1 Year: _____ Make: _____ Balance owed or monthly payment: \$ _____
 Vehicle 2 Year: _____ Make: _____ Balance owed or monthly payment: \$ _____
 Vehicle 3 Year: _____ Make: _____ Balance owed or monthly payment: \$ _____

MEDICAID/AFFORDABLE CARE ACT (ACA) QUESTIONNAIRE

Have you ever applied for Medicaid/ACA? 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 HEALTH RESERVES THE RIGHT TO REVERSE THE ORIGINAL ADJUSTMENT. LEE HEALTH MAY REQUEST ADDITIONAL DOCUMENTS IN SUPPORT OF THIS APPLICATION, AS DESCRIBED IN THE FINANCIAL ASSISTANCE POLICY.

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

**Copies of the Lee Health Financial Assistance Policy and additional information are available at www.LeeHealth.org.
 If you have any questions or need help, Financial Counselors are available at 800-809-9906**

 Patient/Guarantors Signature Date

Fecha de admisión: _____ HAR #: _____ # Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del paciente: _____ # Seguro Social: _____ Estado Civil: So C D Se V
 Dirección física: _____ Dirección de correspondencia: _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (PERSONA/PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA)

NOMBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	INGRESO ANUAL

INFORMACIÓN DEL INGRESO ANUAL (EN LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE ADMISIÓN)

#1 EMPLEADOR DEL PACIENTE/GARANTE (actual): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____
Si lleva empleado(a) menos de 12 meses, debe completar la sección #2
 Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____
 ¿Es usted dueño(a) del negocio?: Sí No En caso afirmativo, por favor proporcione sus Declaraciones de Impuestos personales y del negocio

#2 EMPLEADOR (previo/anterior): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____
 Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____

#3 EMPLEADOR DEL CÓNYUGE/PAREJA (actual): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____
Si lleva empleado(a) menos de 12 meses, debe completar la sección #4
 Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____
 ¿Es usted dueño(a) del negocio?: Sí No En caso afirmativo, por favor proporcione sus Declaraciones de Impuestos personales y del negocio

#4 EMPLEADOR (previo/anterior): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____
 Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____
 Beneficios de jubilación: Sí No Cantidad \$: _____ Desempleo: Sí No Cantidad \$: _____
 Beneficios de discapacidad: Sí No Cantidad \$: _____ Ingresos por rentas: Sí No Cantidad \$: _____
 Otros ingresos al hogar Sí No Cantidad \$: _____ Beneficios del Seguro Social: Sí No Cantidad \$: _____
 ¿Administración de Veteranos (VA)? Sí No Cantidad \$: _____ ¿Cuenta individual de retiro (IRA)? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE SUS BIENES

Nombre del Banco: _____ Cheques: \$ _____ Ahorros: \$ _____ Mercado Monetario: \$ _____
 ¿Acciones? Sí No \$ _____ ¿Bonos? Sí No \$ _____ Certificado de Depósito (CD) \$ _____
 Casa: ¿Propia? Sí No La renta: _____ La está comprando: _____ ¿Cuánto es el pago mensual? \$ _____
 ¿Es dueño(a) de alguna propiedad?: En caso afirmativo, ¿cuál es la ubicación? _____
 Vehículo 1 Año: _____ Marca: _____ Saldo que adeuda o pago mensual: \$ _____
 Vehículo 2 Año: _____ Marca: _____ Saldo que adeuda o pago mensual: \$ _____
 Vehículo 3 Año: _____ Marca: _____ Saldo que adeuda o pago mensual: \$ _____

CUESTIONARIO DE MEDICAID/CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA, por sus siglas en inglés)

Alguna vez ha solicitado Medicaid/ACA? Sí No ¿Cuándo?: _____ ¿Dónde?: _____
 Comentarios: _____

EL INGRESO BRUTO COMBINADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 (DOCE) MESES HA SIDO \$ _____ Y HAY _____ (# DE) PERSONAS EN MI FAMILIA. LA INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS PUEDE SER VERIFICADA LLAMANDO A LOS EMPLEADORES ARRIBA INDICADOS. ADEMÁS, COMPRENDO QUE CONFORME A LOS ESTATUTOS 817.50 DE FLORIDA, EL ACTO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PARA DEFRAUDAR A UN HOSPITAL CON EL PROPÓSITO DE OBTENER BIENES O SERVICIOS ES UN DELITO MENOR EN SEGUNDO GRADO. ADEMÁS, POR MEDIO DE LA PRESENTE EL/LA ABAJO FIRMANTE OTORGA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE EL HOSPITAL INVESTIGUE SU HISTORIAL CREDITICIO EN CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES EMPRESARIALES LEGÍTIMAS Y LAS LEYES, NORMAS Y REGLAMENTOS APLICABLES.

EN LA EVENTUALIDAD DE QUE LLEGUEN A ESTAR DISPONIBLES BIENES O UN PAGO, EL SISTEMA DE SALUD LEE (EN INGLÉS LEE HEALTH) SE RESERVA EL DERECHO DE REVERTIR EL AJUSTE ORIGINAL.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.
Si tiene preguntas o necesita ayuda, contáctenos al 239-424-1500 ó al 800-809-9906

Firma del paciente/garante _____ Fecha _____