



Patient Name: _____

Account #: _____

Guarantor Name: _____

MRN: _____

Address: _____

SSN: _____

Phone: _____

Date of Application:	Date of Service:
Date of Birth:	Driver's License State and Number:
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unmarried (single or widowed)	
Live with Relative? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	US Citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you applied for Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, please provide the date you applied:	Outcome?
Have you applied for Disability Assistance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, please provide the date you applied:	Outcome?
Do you have any current or recent health insurance coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, please explain:	
Do you receive any type of county assistance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, please explain:	

Please provide the following information for all of the people in your household which includes: the patient, the patient's spouse, and all of the patient's dependents and other individuals (related or not) who live in the patient's home. If the patient is under the age of eighteen, the family includes the patient, the patient's natural or adoptive parent(s), anyone claiming the patient as a dependent, and the parent'(s) other dependents who live in the patient's home.

List all household income before taxes, which includes income from all sources: gross wages, salaries, interest, dividends, social security benefits, workers' compensation, regular support from family members not living in the household, government pensions, private pensions, insurance and annuity payments, income from rents, family-owned business interests, royalties, estates, trust funds, child support and alimony.

1. Household Income

	Number in Same Household	Annual Household Income Gross Salary	All Other
Single Individual			
Spouse			
Minor Children			
Other Dependents Allowed For Income Tax Purposes			
Total Household Income			

Nombre del paciente: _____ N.º de cuenta: _____
 Nombre del garante: _____ MRN: _____
 Dirección: _____ SSN: _____
 Teléfono: _____

Fecha de la solicitud:	Fecha del servicio:
Fecha de nacimiento:	Número y estado de la licencia de conducir:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> No casado (soltero o viudo)	
¿Vive con familiares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, indique la fecha de la solicitud:	¿Resultados?
¿Ha solicitado asistencia por discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, indique la fecha de la solicitud:	¿Resultados?
¿Cuenta con una cobertura de seguro médico actual o reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, explique:	
¿Recibe algún tipo de asistencia del condado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, explique:	

Proporcione la siguiente información correspondiente a todas las personas en su hogar, tales como: el paciente, el o la cónyuge del paciente y todos los dependientes del paciente y otras personas (familiares o no) que vivan en el hogar del paciente. Si el paciente tiene menos de dieciocho años de edad, la familia incluye al paciente, los padres biológicos o adoptivos del paciente, cualquier persona que indique al paciente como su dependiente, y los demás dependientes que viven en el hogar del paciente.

Enumere todos los ingresos del hogar antes de impuestos, lo que incluye impuestos de todas las fuentes: sueldos brutos, salarios, intereses, dividendos, beneficios de seguro social, indemnización a trabajadores, apoyo habitual de familiares que no vivan en el hogar, pensiones del gobierno, pensiones privadas, pagos de seguro y anualidades, ingresos de alquileres, intereses de negocios propiedad de la familia, regalías, herencias, fideicomisos, manutención infantil y pensión alimenticia.

1. Ingresos familiares

	Cantidad en el mismo hogar	Ingresos de sueldos brutos anuales familiares	Todos los demás
Persona sola			
Cónyuge			
Hijos menores de edad			
Otros dependientes permitidos para fines de impuestos			
Total de ingresos familiares			

Please provide the following applicable items to process this request:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copy of Photo ID/Passport | <input type="checkbox"/> Letter from employer |
| <input type="checkbox"/> Copy of Income Tax or W2s | <input type="checkbox"/> Disability/Medical Report |
| <input type="checkbox"/> Copy of most recent pay stub | <input type="checkbox"/> Proof of other income: Workers' Comp, Unemployment, etc. |
| <input type="checkbox"/> Copy of recent bank statement | <input type="checkbox"/> Available assets |
| <input type="checkbox"/> Expenses relating to business ventures | |

If you reported no income, please explain if someone else is paying your expenses:

Please return all requested information within (10) ten days to:
PO Box 95448
Lakeland, FL 33804

If you have any questions, please contact a Patient Account Representative at 863.687.1196.

2. Employment Information

Employer:	Telephone:	Occupation:	
Address:	City:	State:	Length of Employment:
Spouse's Employer:	Telephone:	Occupation:	
Address:	City:	State:	Length of Employment:

I understand that this application is made for Lakeland Regional Medical Center, Inc. (LRMC) to judge my eligibility to receive services at no charge, or at a reduced cost, under the Uncompensated Care guidelines established by the State of Florida. Further, I will apply for any and all assistance (Medicare, Medicaid, Insurance, etc.) which may be reasonably necessary to obtain such assistance and assign or pay LRMC all amounts recoverable.

I hereby authorize LRMC, and/or any investigative agency authorized by LRMC, to verify the data reported on this application.

I hereby certify that the foregoing information given by me on this application is true and accurate and is not made with the intent to deceive or defraud LRMC. Should any changes occur, as to the information given by me on this application, I agree to promptly notify LRMC.

I hereby acknowledge that, in accordance with Florida Statute 817.50, providing false information to defraud a hospital for the purpose of obtaining goods or services is a felony of the third degree, and I attest to the fact that the information given is accurate.

Signature of Patient/Guarantor

Date/Time

Relationship to Patient

Witness Signature

Date/Time

Proporcione los siguientes elementos aplicables para procesar esta solicitud:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia de identificación con foto/pasaporte | <input type="checkbox"/> Carta del empleador |
| <input type="checkbox"/> Copia de impuesto sobre la renta o W2 | <input type="checkbox"/> Informe médico/de discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Copia del talón de pagos más reciente | <input type="checkbox"/> Comprobante de otros ingresos: indemnización a trabajadores, por desempleo, etc. |
| <input type="checkbox"/> Copia de estado de cuenta reciente | <input type="checkbox"/> Bienes activos |
| <input type="checkbox"/> Gastos relativos a empresas comerciales | |

Si informó que no recibe ingresos, explique si alguien más va a pagar sus gastos:

Por favor devuelva todos los documentos requeridos dentro de 10 días para:
PO Box 95448
Lakeland, FL 33804

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a un Representante de cuentas de pacientes al 863.687.1196.

2. Información de empleo

Empleador:	Teléfono:	Ocupación:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Duración del empleo:
Empleador del cónyuge:	Teléfono:	Ocupación:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Duración del empleo:

Entiendo que esta solicitud se hace a Lakeland Regional Medical Center, Inc. (LRMC) a fin de que juzgue mi elegibilidad para recibir servicios gratuitamente o a un costo reducido, según las normas de cuidados no indemnizados establecidas por el estado de Florida. Además, solicitaré todas y cada una de las asistencias (Medicare, Medicaid, seguro, etc.) que pueda ser razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignar o pagar todas las cantidades recuperables de LRMC.

Por medio de la presente autorizo a LRMC, y/o a cualquier agencia de investigación autorizada por LRMC, a que investigue los datos informados en esta solicitud.

Por medio de la presente certifico que la información anterior proporcionada por mí en esta solicitud es verdadera y precisa, y no tiene el propósito de engañar o estafar a LRMC. En caso de haber cambios concernientes a la información proporcionada por mí en esta solicitud, acepto notificar con prontitud a LRMC.

Por medio del presente acepto que, en conformidad con el Estatuto de Florida 817.50, proporcionar información falsa para engañar al hospital con el fin de obtener bienes y servicios es un delito grave de tercer grado, y doy fe que la información proporcionada es precisa.

Firma del Paciente/Garante

Fecha/Hora

Parentesco con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha/Hora