



ORLANDO HEALTH®

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856
FinancialAssistance@orlandohealth.com
Phone: (321) 843-8955 Fax: (321) 843-1532

ETA FINANS MOUN KI BAY GARANTI (GUARANTOR FINANCIAL STATEMENT)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

Nan yon efò pou reponn a bezwen swen sante kominote a, gen asistans finansye ki disponib pou pasyan/moun ki bay garanti (moun ki responsab pou zafè lajan an) ki pa fin gen tout resous oswa ki san resous pou peye pou sèvis ijan oswa sèvis ki nesèsè sou plan medikal ki bay nan yon etablisman Orlando Health. Yo itilize Eta Finans sa a pou evalye si yon Pasyan oswa yon Moun ki bay garanti pou pasyan an kalifye pou asistans finansye ke Orlando Health ofri. Depatman Otorizasyon Finansye a (Financial Clearance Department) pral egzamine Eta Finansye li resevwa ke Moun ki bay garanti a fin ranpli pou detèmine si ou kalifye pou asistans finansye. Aplikasyon sa a se pou konsidere frè lopital la ak frè doktè ki anplwaye nan lopital la sèlman epi li pa ede ak lòt sèvis ke Orlando Health pa bay ke ou te petèt resevwa anrapò ak swen ou yo nan Orlando Health. **Li enpòtan pou fin ranpli Eta Finans sa a annantye nèt.** Fòm sa a valab pou anvizaje asistans finansye pou swen ou te resevwa douz mwa anvan ak douz mwa apre dat siyati ki sou fòm sa a.

Lè yo mande sa, ou responsab bay enfòmasyon alè sou benefis sante w, revni, byen ou, ak kenenpòt lòt dokiman ki pral ede pou wè si w kalifye. Dokiman sa yo gendwa etadkont labank, fòm enkòm taks, souch chèk, oswa lòt dokiman.

Non Pasyan an: _____

Relasyon Pasyan an ak Moun ki bay garanti a: _____

ENFÒMASYON MOUN KI BAY GARANTI

Garanti: _____ **Dat Nesans:** _____

SSN/TIN: _____ **Travay Endepandan:** Wi _____ Non _____

Andikape: Wi _____ Non _____ **Eta Sivil:** M _____ S _____ D _____ W _____ **Sem teto:** Wi _____ Non _____

Adrès: _____

Vil: _____ **Eta:** _____ **Zipkòd:** _____

Telefòn Lakay: _____ **Telefòn Selilè:** _____

Adrès Imèl: _____

Tout espas yo obligatwa pou ranpli

Èske w se yon Sitwayen Ameriken, oswa yon moun ki otorize legalman?*: Wi _____ Non _____

* Yo ka ofri Asistans Finansye sèlman pou sitwayen ameriken ki gen yon Nimewo Sekirite Sosyal (SSN, Social Security Number) valab ak residan etranje ki otorize legalman ki te resevwa yon nimewo ID leta pou Taks (TIN, Tax ID Number)

1. Nan 12 mwa ki sot pase yo, èske w te aplike pou: (ansèkle tout sa ki valab)

Medicaid	Enfimite Sekirite Sosyal (Social Security Disability)	Asistans Medikal Kaounti (County Medical Assistance)	Konpansasyon Travayè (Workers Compensation)	Achte Asirans Sante dapre Lwa PPACA (Health Exchange Marketplace)	LÒT	ANKENN

2. ENFÒMASYON sou MOUN NAN KAY/FANMI Moun nan kay la defini antan mari oswa madanm, paran timoun minè, timoun minè ak/oswa frè ak sè ki poko gen 21 an k ap viv ansanm.

Tout espas yo obligatwa pou ranpli

Manm Kay la	Kisa li ye pou garanti	Dat Nesans	Fason li Fè Taks (chwazi Apa, Ansanm, Pa Fè Taks)

Total kantite Moun nan kay la: _____

**ORLANDO HEALTH®**

P.O. Box 560176, Orlando, FL 32856
 FinancialAssistance@orlandohealth.com
 Phone: (321) 843-8955 Fax: (321) 843-1532

**ETA FINANS MOUN KI BAY GARANTI
 (GUARANTOR FINANCIAL STATEMENT)**

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

3. REVNI MOUN NAN KAY/FANMI Bay revni pou tèt pa ou, mari oswa madanm ou, ansanm ak tout lòt manm fanmi an (si sa aplikab)

Tout espas yo obligatwa pou ranpl

Sous Revni	Revni Aktyèl pa Mwa Anvan Taks (garanti)*	Revni Aktyèl pa Mwa Anvan Taks (Mari/Madanm/lòt)*	Total Revni Fanmi*
Salè/Travay ak pwòp tèt ou, Sipò pou Timoun/ Alimoni			
Sekirite Sosyal, Pansyon, Dividann, Enterè, Revni Lwaye			
Chomaj, Konpansasyon Travayè			

Gwo Total Revni Fanmi: _____

***Si ou te rapòte \$0 kòm revni, tanpri bay yon deskripsyon tou kout sou fason ou kouvri bezwen debaz pou w viv**

SÈTIFIKASYON REVNI

Mwen sètifye tout enfòmasyon ki endike anwo a kòrèk epi se laverite, epi mwen rekonèt si m bay fo enfòmasyon nan fòm sa a, sa gendwa anile yon asistans finansye oswa tout asistans yo te ka anvizaje pou mwen resevwa. Annakò avèk Lwa Eta Florid 817.50 lè yon moun bay fo enfòmasyon pou fè fwòd nan yon lopital pou jwenn byen oswa sèvis, sa se yon deli nan dezyèm degre, epi mwen sètifye ke enfòmasyon mwen bay anwo a egzat. Orlando Health bay tèt li dwa pou chanje nenpòt desizyon ki pran ki apiye sou fòm sa a, kote pou desizyon sa, yo repran lajan annapre.

Siyati Temwen: _____ Date/Dat: _____ Time/Lè: _____

Non Temwen an ak lèt detache: _____

Siyati Moun ki bay garanti a: _____ Date/Dat: _____ Time/Lè: _____

Non Moun ki bay garanti a ak lèt detache: _____

Pou yo egzaminen aplikasyon an, ou dwe ranpli tout espas ki pou ranpli nan dokiman sa a

****PA YON PATI NAN DOSYE MEDIKAL LEGAL LA****

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)		
QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____