



Form fields for patient information: Nombre del paciente, Número de Seguro Social, Domicilio del paciente, Ciudad, Estado, Código postal, Fecha de nacimiento, Número telefónico, Empleado, Empleador del paciente, etc.

Otras cuentas de Baylor Scott & White Health con saldo pendiente en su hogar (incluya el NOMBRE y FECHA DE NACIMIENTO del paciente, así como el NOMBRE DEL CENTRO)

Si está desempleado, incluya el nombre y número telefónico del empleador anterior

Section A: Ingreso. Form for reporting income for patient, spouse, and parents. Includes checkboxes for full/part-time and frequency (hourly, semi-monthly, monthly, annual).

Section B: Verificación de ingresos. Form for providing verification of income sources. Includes checkboxes for various documents like W-2, tax returns, and employer verification.

Section C: Familiares. Form for reporting the total number of people living in the household. Includes a text box for the count.

Section D: Bienes y otros recursos. Form for reporting assets and other resources. Includes checkboxes for having assets, health insurance, and savings accounts.

Entiendo que Baylor Scott & White Health ("BSWH") podrá verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de asistencia financiera ("Solicitud") en relación con la evaluación que BSWH realice de esta Solicitud...

También entiendo que es posible que algunos médicos y proveedores no sean empleados de BSWH. Entiendo que podría recibir facturas aparte de esos proveedores...

Form fields for signature and date: Firma del paciente o del responsable, Nombre en letra de imprenta, Fecha

For Hospital Use Only section. Includes checkboxes for application information obtained by BSWH employee and notes regarding income verification.