

**BROWARD HEALTH
UNIDAD CENTRAL DE ASISTENCIA FINANCIERA -
CFAU (954) 767-5344**

Usted debe solicitar y cumplir con el proceso de solicitud para cualquier programa de seguro de salud financiado a nivel local, estatal o federal para los que usted o cualquier familiar declarado sin seguro puede calificar, por ejemplo, Ley de Atención Médica Asequible (Intercambio de Seguro Médico), Medicare, Medicaid, Florida KidCare, etc. El incumplimiento de lo anterior resultará en el rechazo de su solicitud.

Constancia de residencia/Identificación: Para todos los adultos que hayan presentado una solicitud (una de estas)

- Licencia de conducir de Florida o tarjeta de identificación expedida por el estado (no debe estar vencida) Pasaporte de los EE.UU.
- Pasaporte válido con sello I-551 (todas las fechas de ingreso copiadas)
- Recibo de la tarjeta de registro de inscripción válido/tarjeta verde o Formulario I-551, I-797 Aviso de aprobación de la tarjeta de registro de votantes

Constancia de domicilio: 2 requisitos por cada adulto que presente una solicitud (paciente, cónyuge y/o tutor legal)

- Constancia de domicilio actual con fecha dentro de los últimos 30 días: factura de servicio público (energía eléctrica, agua, TV por cable, gas, etc.), hipoteca/arrendamiento/recibo de alquiler, tarjeta de registro de votantes, correo, otro.
 - Si la información anterior está a nombre de otra persona, entonces se requerirá constancia de residencia/identificación de la persona nombrada junto con una carta certificada que indique que la persona que realiza la solicitud vive en esa residencia.
 - Constancia de domicilio anterior a los últimos 30 días: factura de servicio público (energía eléctrica, agua, TV por cable, gas, etc.), hipoteca/arrendamiento/recibo de alquiler, tarjeta de registro de votantes, correo, identificación válida con domicilio actual emitida al menos 30 días antes de la fecha de solicitud.
 - Constancia de inscripción escolar para los niños que vivan en el hogar
- *Los apartados postales y las facturas de Broward Health no se aceptarán como constancia de domicilio*

CONSTANCIA DE HIJOS/DEPENDIENTES

- Declaración de impuestos, certificados de nacimiento o constancia de tutela legal

Constancia de ingresos (se requiere una verificación de 12 meses para todos los adultos/en caso de estar casado, también se requieren los ingresos del cónyuge): Empleado:

- Declaración de impuestos sobre la renta actual (se pueden solicitar las copias en IRS (800-829-1040) o en www.irs.gov/pub/irs-fill/f4506)
- Recibo de sueldo actual (con ingresos brutos del año hasta la fecha) En caso de no estar disponible:
 - W-2 actual y recibo de sueldo actual que demuestre los ingresos brutos o
 - Recibos de sueldo de los últimos 12 meses que demuestre los ingresos brutos del año hasta la fecha, o

Autónomo:

- Declaración de impuestos sobre la renta actual (se pueden solicitar las copias en IRS (800-829-1040) o en www.irs.gov/pub/irs-fill/f4506) En caso de no estar disponible:
- Carta de verificación de ingresos (carta con membrete y certificada de la empresa) para los 12 meses anteriores con ingresos brutos. Estados de cuenta de 12 meses

Desempleado:

- Recibo de desempleo
 - Carta de aprobación de pensión/Seguro Social/1099
 - Carta certificada de apoyo monetario de la persona de sostén con duración y monto mensual.
 - Carta certificada de apoyo de comida y alojamiento de la persona de sostén con la fecha desde que se proporciona apoyo.
- **Se requiere la identificación/constancia de domicilio de la persona de sostén****

Toda la información queda sujeta de verificación. Proporcionar información falsa puede resultar en la DENEGACIÓN de cualquier tipo de Asistencia Financiera a través de Broward Health.

Su firma confirma que ha recibido la lista de verificación y que tendrá que proporcionar la información mencionada anteriormente en su cita con el fin de completar la Solicitud de Asistencia Financiera. (En caso de estar casado y su cónyuge también presenta una solicitud, ambos deben asistir para completar el proceso de solicitud).

Nombre del paciente:

Fecha:

Firma del paciente:

Testigo: _



LISTA DE VERIFICACIÓN DE CFAU

La documentación recibida correspondiente a solicitudes incompletas/parciales se triturará después de 30 días.

