



### AYUDA DE UN TERCERO Y DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N.º de MRN: \_\_\_\_\_

#### CLÁUSULA PENAL, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Certifico que la información proporcionada para completar este formulario es verdadera. Además, comprendo que, de acuerdo con la ley estatal de Luisiana 1924, proporcionar información falsa es un delito que puede ser considerado "fraude en la atención médica" en un intento por defraudar al hospital en pos de obtener bienes o servicios que incluyen artículos de farmacia.

#### **APOYO FINANCIERO**

Yo, \_\_\_\_\_, proporcioné \$ \_\_\_\_\_ el mes pasado para el paciente que se menciona a continuación.

#### **APOYO DE TERCEROS EN CUANTO A CONDICIONES DE VIDA**

Yo, \_\_\_\_\_ (colaborador), brindo hospedaje y comida y otro tipo de ayuda al paciente que se menciona a continuación. La persona no me paga ninguna renta. Debo demostrar mi dirección para que la puedan verificar. Entrego al paciente una factura vigente u otro documento de mi hogar para que les muestre mi dirección actual.

#### **PAGOS DE TERCEROS para las cuentas de créditos del paciente**

Yo, \_\_\_\_\_ (parte responsable), certifico que soy la persona responsable de los pagos relacionados con los siguientes gastos a nombre del paciente mencionado. Comprendo que debo proporcionar evidencia de los pagos. Envíe con el paciente pruebas documentadas para su evaluación financiera. (Proporcione información adicional en una hoja separada).

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Tipo de préstamo o n.º de préstamo: \_\_\_\_\_

**\*Se requiere firma si el tercero no está presente en el momento de la evaluación financiera.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante en  
letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\*Firma del tercero colaborador

\_\_\_\_\_  
Nombre del tercero colaborador en letra  
de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de  
West Jefferson Medical Center

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de  
West Jefferson Medical Center en  
letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de recepción del  
formulario