

| | Paciente/avalista | Cónyuge |
|--|-------------------|---------|
| Si la respuesta es no, ¿está disponible un seguro de salud a través de su empleador o escuela? (Sí/No) | | |
| ¿Cuenta con Medicare? (Sí/No) | | |
| ¿Cuenta con Medicaid? (Sí/No) | | |
| ¿Recibe beneficios para veteranos? (Sí/No) | | |

Ingreso familiar total

Por favor considere el ingreso familiar total al mes de todas las fuentes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios \$ _____ | <input type="checkbox"/> Propinas \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Autoempleo \$ _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios de las empresas \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingreso por intereses \$ _____ | <input type="checkbox"/> Dividendos \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario/seguridad social \$ _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de rentas \$ _____ | <input type="checkbox"/> Manutención infantil \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación laboral \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensión/retiro \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingreso agropecuario \$ _____ | <input type="checkbox"/> Seguro/anualidad \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia pública \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso de fideicomiso \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ | |

5. Documentación requerida

Anexe copias de los documentos que se solicitan a continuación tanto para el paciente/avalista como para su cónyuge (presente copias únicamente; no documentos originales):

- La declaración de impuestos más reciente, incluyendo formularios W-2 y formularios de respaldo.
 - Los últimos 2 recibos de nómina o una carta de un empleador que confirme el ingreso (incluya el número de teléfono y la dirección del empleador)
 - Estados de cuenta bancarios correspondientes a los últimos 2 meses
 - Verificación por escrito de cualquier otro ingreso que se haya recibido (por ejemplo, manutención infantil, seguro social, pensión alimenticia)
-
- **Si usted no cuenta con ningún ingreso, se requiere una carta de apoyo notariada.**

6. Otros comentarios

7. Reconocimiento

A través de la presente reconozco que la información que contiene esta solicitud (incluyendo cualquier documento anexo) es veraz, completa y precisa según mi leal saber y entender. Adicionalmente, entiendo que, para calificar para recibir ayuda financiera, debo tomar todas las medidas necesarias para solicitar y obtener cualquier otra fuente de pago disponible (como Medicaid, Medicare, seguro, etc.).

A través de la presente otorgo mi autorización a **Fauquier Hospital** para contactar a cualquier persona, despacho u organización con el fin de verificar cualquier porción de la información proporcionada, y a través de la presente autorizo a estas personas, despachos u organizaciones a divulgar esta información a **Fauquier Hospital**. También otorgo mi autorización a que **Fauquier Hospital** solicite un informe de crédito del consumidor.

Firma del paciente/avalista: _____
Fecha

Firma del cónyuge: _____
Fecha

8. Instrucciones para el envío / Información de

Envíe por correo (o entregue en persona) su solicitud de ayuda financiera llena junto con los documentos necesarios en:

Fauquier Hospital
Attn: Financial Counselors
500 Hospital Drive
Warrenton, Va 20186

Para información adicional sobre la política de ayuda financiera de **Fauquier Hospital** o para recibir asistencia con esta solicitud, llame a servicios financieros para el paciente al **540-316-2970** o visite a un asesor financiero en la dirección antes mencionada.

Por favor permita 30 días para el procesamiento.

Para uso interno únicamente

Procesado por: _____ Fecha: _____
Asesor financiero

Determinación de elegibilidad: () Sí () No Descuento: _____%

En caso de rechazar la solicitud, indique la razón: _____

Revisado/aprobado por: _____ Fecha: _____
Director/gerente de acceso a los pacientes (o su representante)

Fecha: _____
Director de servicios financieros para el paciente (o su representante)

Fecha: _____
Contralor/director financiero del hospital (o su representante)

Instrucciones para llenar la solicitud de ayuda financiera de Fauquier Hospital

1. Información del paciente

Nombre del paciente: Escriba claramente en el espacio en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.

Dirección del paciente: Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección en la que reside el paciente, incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del paciente: Escriba claramente en el espacio en blanco el número de teléfono del paciente.

Fecha de nacimiento del paciente: Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento del paciente.

Estado civil del paciente: Escriba claramente "soltero" o "casado"

Número de seguridad social del paciente: Escriba claramente en el espacio en blanco el número de seguridad social del paciente.

Número de cuenta del paciente: Escriba claramente el número de expediente médico que ha emitido **Fauquier Hospital** para el paciente (el # de ID del avalista, si la solicitud es para el saldo de un dependiente).

2. Información del avalista (Llénelo si corresponde)

Nombre del avalista: Escriba claramente en el espacio en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del padre, tutor legal u otra persona responsable del paciente ("avalista").

Dirección del avalista: Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección en la que reside el avalista, incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del avalista: Escriba claramente en el espacio en blanco el número de teléfono del avalista.

Fecha de nacimiento del avalista: Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento del avalista.

Estado civil del avalista: Escriba claramente "soltero" o "casado".

Número de seguridad social del avalista: Escriba claramente en el espacio en blanco el número de seguridad social del avalista.

Parentesco del avalista con el paciente: Describa cuál es el parentesco del avalista con el paciente (por ejemplo, si es su padre o tutor legal).

3. Información del cónyuge (Llénelo si corresponde; puede omitirlo si el paciente/avalista es soltero)

Nombre del cónyuge: Escriba claramente en el espacio en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del cónyuge del paciente/avalista.

Dirección del cónyuge: Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección de residencia de su cónyuge (o indique "la misma" si usted y su cónyuge viven en la misma dirección).

Número de teléfono del cónyuge: Escriba claramente en el espacio en blanco el número de teléfono de su cónyuge.

Fecha de nacimiento del cónyuge: Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento de su cónyuge.

Número de seguridad social del cónyuge: Escriba claramente en el espacio en blanco el número de seguridad social de su cónyuge.

4. Información del hogar

Dependientes: Escriba claramente el nombre, el parentesco y la fecha de nacimiento de cada persona de la familia a la que pueda reclamar como dependiente para propósitos fiscales (niños o adultos para quienes usted proporciona financieramente más del 50% de los gastos de subsistencia). Puede anexar hojas de papel adicionales si necesita más espacio.

Información de empleo y seguro: Tanto el paciente/avalista como su cónyuge deben responder cada una de las preguntas que se indican. Escriba "Sí" o "No" o proporcione la información que se solicita en cada recuadro correspondiente.

Ingreso familiar total: Escriba claramente el ingreso total que su familia (usted, su cónyuge y sus dependientes) recibe cada mes de todas las fuentes. Puede anexar hojas de papel adicionales si necesita más espacio.

- Si su familia recibe ingresos de una fuente que no ve en la lista, indique la cantidad en el renglón que corresponde a "Otros".
- Si su familia recibe ingresos de una fuente que no se le paga cada mes, tome la cantidad total que ha recibido de dicha fuente durante los últimos 12 meses, divídala entre 12 y luego indique la cantidad en la solicitud.

5. Documentación requerida

Los documentos que se solicitan en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si califica para recibir ayuda financiera bajo la política de ayuda financiera de **Fauquier Hospital**. Si no tiene, o no puede presentar los artículos que se solicitan, incluya una explicación de la razón. Tenga en mente que es posible que el personal de servicios financieros para el paciente solicite información o documentos adicionales al procesar su solicitud.

6. Comentarios

Utilice esta sección para compartir cualquier información adicional que desearía que tengamos en cuenta al momento de evaluar su solicitud de ayuda financiera.

7. Reconocimiento

Firma del paciente/avalista: Lea cuidadosamente la declaración de reconocimiento que se encuentra en esta sección y posteriormente escriba la fecha y firme esta solicitud.

Firma del cónyuge: En caso de estar casado, pídale a su cónyuge que lea cuidadosamente la declaración de reconocimiento que se encuentra en esta sección y posteriormente que escriba la fecha y firme esta solicitud.

8. Si está desempleado, carta notariada de apoyo

Si el solicitante está desempleado se requiere una carta notariada de apoyo. No la llene sino hasta que se encuentre frente a un notario público certificado.