SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DEL SERVICIO: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL:_____

TELÉFONO:_____ESTADO CIVIL:_____

SE <u>DEBEN</u> COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS PARA QUE SE CONSIDERE OTORGAR LA ASISTENCIA FINANCIERA. TENGA EN CUENTA QUE LOS PACIENTES SIN SEGURO DEBEN COLABORAR CON NUESTRO PROVEEDOR PARA ELEGIBILIDAD DE SEGURO ANTES DE RECIBIR LA ASISTENCIA.

(Indique el cónyuge y los hijos dependientes menores de 18 años que vivan en el hogar y sus fechas de nacimiento).

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO TOTAL BRUTO EN LOS 3 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO	INGRESO TOTAL BRUTO EN LOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO	NOMBRE DEL EMPLEADOR DE LA FUENTE DE INGRESOS (ESTADO SI USTED ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	USTED MISMO				

1. **SI USTED DECLARA INGRESO TOTAL CERO, ¿CÓMO SE MANTIENE? _____**
2. ¿EN QUÉ ESTADO TENÍA RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE SU VISITA? _____
3. ¿HA SOLICITADO MEDICAID O ASISTENCIA EN CUALQUIER OTRO CONDADO? ☐ NO ☐ SÍ (FECHA/ESTADO_____)
4. ¿TUVO SEGURO DE SALUD EN LA FECHA DE SERVICIO? ☐ NO ☐ SÍ (PROPORCIONE UNA COPIA DE LA TARJETA CON ESTA SOLICITUD)
5. ¿LA FECHA DEL SERVICIO ESTUVO RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? ☐ NO ☐ SÍ (NOMBRE DEL SEGURO/N.° DE RECLAMO_____)
6. ¿TIENE ALGUIEN EN SU HOGAR UNA CUENTA CORRIENTE O CUENTA DE AHORRO? ☐ NO ☐ SÍ (VALOR_____)
7. ¿ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE ALGÚN OTRO RECURSO? ☐ NO ☐ SÍ (TIPO/VALOR)_____)
8. ¿ES PROPIETARIO DE UNA CASA O ALQUILA? ☐ PROPIETARIO ☐ ALQUILO ☐ OTRO (_____)

PARA LOS ACTIVOS DE INGRESOS INDICADOS ANTES, DEBE PROPORCIONAR LO SIGUIENTE PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:

(marcar los puntos recibidos)

☐ EMPLEO = INGRESO DE 3 O 12 MESES ☐ EMPLEO POR CUENTA PROPIA = COMPLETAR FORMULARIOS DE IMPUESTOS, INCLUIDO CRONOGRAMA C
☐ DESEMPLEO = CARTA DE BENEFICIOS ☐ MANUTENCIÓN INFANTIL = ORDEN JUDICIAL
☐ SEGURO SOCIAL = CARTA DE BENEFICIOS ☐ OTRO = COMPROBANTE DE CUALQUIER OTRO INGRESO, COMO DIVIDENDOS, INTERESES, INGRESO POR ALQUILERES
☐ PENSIÓN O DISCAPACIDAD = CARTA DE BENEFICIOS ☐ CUENTA CORRIENTE/DE AHORROS = ESTADO DE CUENTA ACTUALIZADA A 30 DÍAS PARA CADA CUENTA

CERTIFICACIÓN: *AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. EN CASO DE QUE UNA REVISIÓN POSTERIOR DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UNA PERSONA REVELARA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA PERSONA FUE INCORRECTA O FRAUDULENTA, LA DECISIÓN DE PROPORCIONAR ASISTENCIA FINANCIERA PUEDE SER REVOCADA Y SE ENVIARÁ UNA FACTURA A LA PARTE RESPONSABLE. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE MI HOSPITAL PROVEEDOR, INCLUIDAS AGENCIAS DE INFORMES DE CRÉDITO, Y ESTÁ SUJETA A REVISIÓN POR PARTE DE AGENCIAS FEDERALES Y/O ESTATALES Y OTRAS, SEGÚN SEA NECESARIO.*

FIRMA DEL PACIENTE:_____**FECHA:** _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE:_____**RELACIÓN:**_____**FECHA:**_____
(SI NO ES PACIENTE)

ENVIAR POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN A:
Fauquier Health
500 Hospital Drive
Warrenton, VA 20186