

Estimado paciente o parte responsable:

Le enviamos este formulario, pues usted podría calificar para nuestro ***Programa de Asistencia Financiera***.

Para ser elegible, a usted se le debe haber negado el Medicaid, o cualquier asistencia estatal o local porque no cumple los requisitos de solicitud.

El formulario adjunto sólo tiene relación con las cuentas hospitalarias, y no incluye otras facturaciones que usted tenga que pagar, como atención médica, radiología, servicio de ambulancia, etcétera.

Si desea que le consideremos para asistencia total o parcial, **usted debe llenar** el Formulario de Asistencia Financiera. La parte responsable **deberá firmar al pie del documento**, y enviarnos el formulario completo dentro de los catorce (14) días posteriores a haber recibido la planilla.

Visitas Ambulatorias: Si usted fue admitido en el Hospital como paciente ambulatorio, es necesario que nos suministre su **más reciente Declaración de Impuestos Federales**, como documentación de apoyo. Si usted no realizó declaración de impuestos, indique la razón, e incluya dos de los documentos relacionados a continuación:

Declaración de Impuestos Estatales
Talones de pago de su empleador
Declaración escrita de sus fuentes de ingresos
Copias de todos los estados de cuenta de su banco durante los últimos tres meses

Pacientes de Medicare: Si usted es beneficiario de Medicare, es necesario que nos suministre su **más reciente Declaración de Impuestos Federales**, como documentación de apoyo. Si usted no realizó declaración de impuestos, indique la razón, e incluya dos de los documentos relacionados a continuación:

Documentos / Formulario W-2
Documentos / Formularios 1099
Estados de cuentas bancarias y de acciones más recientes
Beneficios del Medicare para los que califica

Si por alguna razón no puede entregarnos la información solicitada, incluya una declaración escrita explicando las causas por las cuales no puede hacerlo.

Permítanos diez (10) días hábiles para la realización de nuestro proceso de revisión. Le notificaremos por carta nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en contactar nuestro Servicio al Cliente en cualquier momento que estime conveniente. Por favor de enviar el Formulario de Testificación de Ingresos y la información con sus respuestas a la siguiente dirección:

Patient Account Services—Attention: Charity Department
P.O. Box 13620
Richmond, VA 23225

Recuerde que si nos devuelve el formulario, su cuenta médica pudiera ser incluida en nuestro Programa de Asistencia Financiera

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Hospital _____ Número de Cuenta _____
 Nombre del paciente _____ Número de Seguro Social (SSN) _____
 Nombre de la parte responsable _____ Número de Seguro Social (SSN) _____

Dependientes en el núcleo familiar

(Incluye a la/el esposa/o, hijos menores de 18 años, y las demás personas registradas como dependientes en su declaración de impuestos)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre y Apellido si no es el del paciente)	Edad	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Situación laboral (Paciente/Parte Responsable)

Empleador _____ Pago por hora _____ Horas semanales de trabajo _____
 Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual (antes de la deducción de impuestos) _____
 Si está desempleado, última fecha de trabajo _____

Situación laboral del cónyuge

Empleador _____ Pago por hora _____ Horas semanales de trabajo _____
 Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual (antes de la deducción de impuestos) _____
 Si está desempleado, última fecha de trabajo _____

Otros ingresos

	Paciente	Cónyuge
Seguro Social		
Pensiones		
Desempleo		
Compensación del trabajador		
Beneficios VA		
Ingreso por rentas		
Acciones, Bonos, 401K		
Dividendos/Intereses		
Manutención infantil		
Pensión alimenticia		
Otros		

¿Ha solicitado los beneficios del Medicaid o cualquier otra asistencia estatal/del condado? _____
 En caso positivo, Número de Caso _____ Fecha de solicitud _____

Yo, el que suscribe, certifico que la información arriba relacionada es verdadera y exacta hasta donde llegan mis conocimientos. Comprendo que la información suministrada será objeto de verificación. En el proceso de revisión se solicitará un informe de crédito para verificar la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que la falsificación de la información ofrecida puede poner en peligro la consideración de mi caso para el programa. Además, entiendo que debo solicitar para recibir cualquier asistencia disponible y posible para pagar esta cuenta hospitalaria antes de completar este formulario, con el fin de poder calificar como beneficiario de este programa de ayuda financiera.

Firma: _____ Fecha: _____

