

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE O SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

FECHA DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_  
 CSN: \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**SE DEBEN COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS PARA QUE SE CONSIDERE OTORGAR ASISTENCIA FINANCIERA. TENGA EN CUENTA QUE LOS PACIENTES SIN SEGURO DEBEN COLABORAR CON NUESTRO PROVEEDOR PARA ELEGIBILIDAD DE SEGURO ANTES DE RECIBIR ASISTENCIA. LAS DECISIONES SE COMUNICARÁN EN LOS 90 DÍAS SIGUIENTES AL MOMENTO DE RECIBIR LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA COLABORACIÓN CON NUESTRO PROVEEDOR**

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	FUENTE DE INGRESO NOMBRE DEL EMPLEADOR (ESTADO SI USTED ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	<b>USTED MISMO</b>				

1. SI USTED DECLARA INGRESO TOTAL CERO, ¿CÓMO SE MANTIENE? \_\_\_\_\_
2. ¿EN QUÉ ESTADO TENÍA RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE SU VISITA? \_\_\_\_\_
3. ¿HA PRESENTADO SOLICITUD PARA MEDICAID O CUALQUIER OTRA ASISTENCIA DEL CONDADO?     NO     SÍ (FECHA/ESTADO \_\_\_\_\_)
4. ¿TENÍA SEGURO DE SALUD EN LA FECHA DEL SERVICIO?     NO     SÍ (PROPORCIONAR COPIA DE TARJETA CON ESTA SOLICITUD)
5. ¿LA FECHA DEL SERVICIO ESTUVO RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?     NO     SÍ (NOMBRE DEL SEGURO/N.º DE RECLAMO \_\_\_\_\_)
6. ¿ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE UNA CUENTA CORRIENTE O CUENTA DE AHORRO?     NO     SÍ (VALOR \_\_\_\_\_)
7. ¿ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE CUALQUIER OTRO ACTIVO?     NO     SÍ (TIPO/VALOR) \_\_\_\_\_
8. ¿USTED ES DUEÑO O ALQUILA UNA VIVIENDA?     DUEÑO  ALQUILA     OTRO ( \_\_\_\_\_)

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

(marcar los ítems recibidos)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EMPLEO = INGRESO DE 3 O 12 MESES<br><input type="checkbox"/> DESEMPLEO = CARTA DE BENEFICIOS<br><input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL = CARTA DE BENEFICIOS<br><input type="checkbox"/> PENSIÓN O DISCAPACIDAD = CARTA DE BENEFICIOS | <input type="checkbox"/> EMPLEO POR CUENTA PROPIA = COMPLETAR FORMULARIOS DE IMPUESTOS, INCLUIDO CRONOGRAMA C<br><input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN INFANTIL = ORDEN JUDICIAL<br><input type="checkbox"/> OTRO = COMPROBANTE DE CUALQUIER OTRO INGRESO, COMO DIVIDENDOS, INTERESES, INGRESO POR ALQUILERES<br><input type="checkbox"/> 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 FRAUDULENTO, 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:**  
 Bon Secours Southside Regional Medical Center  
 200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805