

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA				Número de cuenta:				
Nombre del paciente				Número de seguro social			Fecha de nacimiento	
Nombre del solicitante (si es menor, nombre de la persona responsable por el paciente)				Número de seguro social			Fecha de nacimiento	
Nombre del cónyuge				Número de seguro social			Fecha de nacimiento	
Domicilio				Ciudad, estado, código postal				
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				Número de teléfono particular		Número de teléfono laboral		Número de teléfono alternativo
Nombre del banco (lugar de las cuentas)				Cuenta corriente Saldo promedio		Caja de ahorro Saldo promedio		
PERSONAS A CARGO (FINES IMPOSITIVOS Y LEGALES) (debe coincidir con la declaración impositiva)						CANTIDAD TOTAL (incluido usted mismo) →		
Enumerar a los niños		Edad	Enumerar a los niños		Edad	Enumerar a los niños		Edad
EMPLEO								
	Nombre del empleador	Teléfono del empleador	Ocupación	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Monto por hora o Cantidad de horas	Monto del salario por semana	Monto por hora o sueldo bruto
Paciente						\$		\$
Cónyuge						\$		\$
Solicitante						\$		\$
Si actualmente se encuentra desempleado y recibe apoyo de un miembro de la familia, solicite a la persona que redacte una carta para usted donde establezca el tipo de asistencia, el monto de asistencia en dólares y la frecuencia con que le brinda la asistencia.								
Fecha en que se quedó sin empleo				Empleador anterior				
Nombre de la persona que le brinda apoyo					Parentesco			
Nombre del pariente con vida más cercano					Parentesco			
Dirección, ciudad, estado, código postal					N.º de teléfono			
OTROS INGRESOS Y ACTIVOS (complete todo lo que corresponda)								
Beneficios del seguro social			Programas de servicio social			Activos		
<input type="checkbox"/> Incapacidad	\$		Ayuda temporal a las familias necesitadas (TANF)/Asistencia general		\$	Bonos/Cuentas de jubilación individuales (IRA)/Certificados		\$
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$		Pensión de asistencia al veterano		\$	Ingresos por intereses		\$
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$		Desempleo		\$	Jubilación		\$
Otras discapacidades	\$		Manutención de hijos/Pensión alimenticia		\$	Fondos mutuos del plan 401K		\$
GASTOS MENSUALES								
Hipoteca	Importes de pagos \$	Importes de préstamos \$	Valor de la valuación \$	Préstamos(s) para automóvil		\$	\$	
Renta	\$			Año y marca del automóvil				
Manutención/ Pensión alimenticia	\$			Año y marca del automóvil				
Tarjetas de crédito	Tipo			Importe de pagos	Importe de préstamos	Valor de la valuación		
				\$	\$	\$		
				\$	\$	\$		

Autorizo a Riverside Health System a obtener tal información según sea requerida respecto de las declaraciones aquí incluidas y certifico por la presente que todo lo declarado es verdadero y completo.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Consulte el dorso del formulario para ver la lista de documentación requerida a presentar con su solicitud.



PRUEBA DE INGRESOS

Si usted está incapacitado financieramente para pagar sus servicios, complete la solicitud de financiación adjunta y proporcione una prueba de ingresos. Riverside emplea las pautas federales de ingresos de pobreza para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Actualmente, se considerará a un paciente con un ingreso del 200% o menor de las pautas, además de los otros criterios.

Se requiere presentar los siguientes documentos:

1. 3 meses de extractos bancarios
2. Copia de la carta de aprobación financiera (si corresponde)
3. Copia de la declaración impositiva del año anterior. Si es empleado independiente, debe presentar documentación del plan 'C' de pagos de impuestos (llamado en inglés 'Schedule C').

Si no proporciona una copia de su declaración impositiva, deberá presentar el formulario 4506-T firmado para verificación de no presentación y una solicitud de transcripción.

Este formulario podrá obtenerlo del asesor financiero o del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>.

4. Copia de documento(s) que explica el tipo, monto en dólares y frecuencia de la asistencia que recibe (si corresponde)
5. Si está empleado, proporcione 3 meses de recibos de sueldo suyos y de su cónyuge (si corresponde).
6. Si ha estado desempleado durante un año o menos, proporcione una carta de despido de su empleador.
Si ha estado desempleado por más de un año, proporcione un documento del Seguro social, del Servicio de Rentas Internas (IRS), o de la Comisión Laboral de Virginia que refleje que no ha percibido ingresos por un período de 12 meses.

Si es casado/a, incluya una prueba de ingresos de su cónyuge.

Los datos en esta solicitud nos ayudarán a determinar su elegibilidad para recibir asistencia para pagar las facturas del hospital. Podría ser necesario que presente documentación adicional cuando se revise la solicitud.

En el caso de que cuente con cobertura de seguro médico de la que no estuviéramos informados, contáctese de inmediato con nuestra oficina para que podamos presentar la reclamación por los servicios a su compañía de seguro. Tenga su tarjeta a mano para que podamos verla.

Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar esta solicitud, contáctese con un representante de Riverside en:

Riverside Health System
608 Denbigh Boulevard, Suite 605
Newport News, VA 23608
757-989-8830, opción 3 o 1-800-621-7677

SOLO PARA USO DE LA OFICINA				
Procesado por			Fecha	Código de trans.
Cuota \$ _____ <input type="checkbox"/> HAC <input type="checkbox"/> IC Trust <input type="checkbox"/> Otro _____			Cantidad de miembros de la familia	Ingreso familiar bruto
Número de cuenta	DOS	Cargos	Importe de ajuste	AJUSTE TOTAL \$ _____
Comentarios				
Firma de aprobación			Fecha	