

Nombre del paciente: _____ **N.º de cuenta** _____

Patient Name
Dirección del paciente: _____

Patient Address
N.º de teléfono _____ **Fecha del servicio:** _____

Phone #
Date of Service
Cargos totales: _____ **Saldo adeudado:** _____

Total Charges
Balance Due
Ayuda financiera solicitada por: _____ **Parentesco con el paciente:** _____

Financial Assistance Requested by:
Relationship to Patient

Enumere a cada miembro del hogar del paciente, incluyendo al paciente, como se señaló en la declaración fiscal. Use hojas adicionales si es necesario.

List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.

Nombre <i>Name</i>	EDAD <i>Age</i>	Parentesco <i>Relationship</i>	Ingreso bruto mensual <i>Gross Monthly Income</i>	Dirección y n.º de teléfono del empleador <i>Employer Address</i>

Número total de personas en el hogar: _____ **¿Su hogar es propio?** Sí No

Total number in household
Do you own your home?
Yes No
¿Vive alquilado? Sí No

Do you rent?
Yes No
Otras fuentes de ingreso
Other Sources of Income
Importe bruto mensual
Gross Amount Per Month
Últimos 3 meses
Ingreso familiar total _____ **X 4 = 12 meses en total** _____ **Ingreso bruto anual** _____

Last 3 Months Total Family Income
Months Total
Annual Gross Income

Envíe esta solicitud con copias de las declaraciones de impuesto sobre la renta de los últimos dos años como prueba del ingreso familiar.

Submit this application with copies of the last two years' income tax filings as proof of family income.
Por favor complete lo siguiente:
Please complete the following
Cuenta corriente \$ _____ **Cuenta de ahorros \$** _____

Checking Account
Savings Account
Cuenta individual de jubilación (Individual Retirement Account, IRA) _____ **Ahorros para la jubilación** _____

IRA
Retirement Savings
401K/403B _____ **Plan de ahorro** _____ **Hipoteca Sí o No**
Thrift Plan
Mortgage Y or N

**** Si tiene alguna prueba de laboratorio que pueda relacionarse con este servicio, deberá contactar al número señalado en la factura que recibió e informarles que ha solicitado una ayuda a través de la Oficina de Negocios de Sentara.**

*** If you have any lab work that could be related to this service, you will need to contact the number listed on the bill you receive and inform them you have applied for assistance with the Sentara Business Office.*

MARQUE CUALESQUIERA DE LOS SIGUIENTES RECURSOS FINANCIEROS MÉDICOS QUE TENGA:
CHECK ANY OF THE FOLLOWING MEDICAL FINANCIAL RESOURCES THAT YOU HAVE:

- | | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro comercial
<i>Commercial Insurance</i> | <input type="checkbox"/> Seguro para veteranos
<i>Veteran's</i> | <input type="checkbox"/> Champus/Tricare | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Hospital local y del estado
<i>State & Local Hospital</i> | <input type="checkbox"/> Servicio de salud pública
<i>Public Health Service</i> | | | |

- ¿Este servicio se debió a un accidente por el que pueda tener un reclamo o por el cual pueda que un abogado lo represente?

_____ *Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?*

De ser así, ¿cuál es el nombre y la información de contacto del abogado? _____

If so, what is the attorney's name and contact information? _____

- Si tiene preguntas, por favor comuníquese con el Departamento de Facturación al (757) 496- 6400 #2
If you have questions, please contact the Billing department at (757) 496- 6400 #2
- Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Sentara Hospitals para verificar esta información con los empleadores y otras agencias. También entiendo que esta información está sujeta a revisión por parte de las Agencias Federales o Estatales. De la misma forma entiendo que se espera que haga una solicitud para cualquier otra ayuda que pueda estar disponible para mí.

I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.

Firma
Signature

Fecha de la solicitud
Date Requested

To Be Completed By Manager:

Date Received _____ By _____ Documents for income verif. _____

Approved for Charity Reduced Fee Denied Reason: _____

Date of Charity Care _____ Determination pending _____ CS/PP _____