



POR FAVOR ENVIE POR CORREO EL  
 FORMULARIO A:  
 ATTENTION VERIFICATION DEPT.  
 BOX 800750  
 CHARLOTTESVILLE, VA 22908-0750  
 1-866-320-9659

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

**PASO 1: COMPLETE LA INFORMACION DE ABAJO: (TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS)**

NOMBRE DEL PACIENTE:		SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE (OBLIGATORIO):				
DIRECCION:		FECHA DE NACIMIENTO:				
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:		NUMERO DE HISTORIA MEDICA:				
NUMERO TELEFONICO DE LA CASA:		NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO:				
ESTADO CIVIL (MARQUE CON UN CIRCULO):		SOLTERO	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO

PASO 2: LLENE LA PARTE DE LA INFORMACION SOBRE INGRESOS Y BIENES: SI NECESITA MAS ESPACIO, POR FAVOR ADJUNTE UNA HOJA POR SEPARADO.

MIEMBROS EL LA FAMILIA – INCLUYENDO USTED MISMO, ESPOSO, HIJOS MENORES A LOS 18	NUMERO DE SOCIAL SECURITY:	FECHA DE NACIMIENTO (OBLIGATORIO)	RELACION AL PACIENTE	INGRESO BRUTO MENSUAL (ANTES DE IMPUESTOS), SEGURO SOCIAL, ETC.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELEFONO DEL EMPLEADOR

Tienes seguro medico que cubre todo o parte del costo de sus recetas para medicamentos? Si/No? En caso afirmativo indique el nombre del seguro con miembro identificacion y numeros de grupo. \_\_\_\_\_

SI ESTA SIN TRABAJO, POR FAVOR INDIQUE LA FECHA DEL ULTIMO DIA QUE TRABAJÓ \_\_\_\_\_. ¿USTED HA SOLICITADO EL DESEMPLEO? **SI / NO**

¿SI NO HAY INGRESO DIVULGADA, USTED HA SOLICITADO DISCAPACIDAD? **SI / NO** ¿PIENSA APLICAR? **SI / NO**

¿HAY ALGUIEN EN LA CASA QUE RECIBE UNO DE LOS SIGUIENTES?: (POR FAVOR ENTREGUE PRUEBA)?

AYUDA DEL NIÑO/TANF: **SI / NO** CANTIDAD:\$ \_\_\_\_\_ ALIMONIA: **SI / NO** CANTIDAD \$ \_\_\_\_\_

# DE CUENTA CORRIENTE (DE CHEQUES): <b>SI / NO</b> (MARQUE CON UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: DIRECCION:	SALDO: \$
# DE CUENTA DE AHORROS: <b>SI / NO</b> (MARQUE CON UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: DIRECCION:	SALDO: \$
ACCIONES, BONOS, IRA'S, 401K (PLANO DE RETIRO), CD'S (CERTIFICADOS DE DEPOSITO), ETC. <b>SI / NO</b>	NOMBRE DEL BANCO: DIRECCION:	SALDO: \$

¿USTED ES DUENO DE O ESTA COMPRANDO ALGUNA PROPIEDAD?: **SI / NO** CIUDAD/COUNTY: \_\_\_\_\_ TOTAL DE ACRES: \_\_\_\_\_  
 CREDITO HIPOTECARIO: \$ \_\_\_\_\_ ¿USTED VIVE EN ESTA PROPIEDAD?: **SI / NO**

¿TIENE SEGURO DE VIDA PARA USTED O CUALQUIER DEPENDIENTE MAYOR DE 21 AÑOS CON UN VALOR CONVERTIBLE EN EFECTIVO? <b>SI / NO</b> (MARQUE CON UN CIRCULO)		
NOMBRE DE LA EMPRESA DEL SEGURO:	# DE PÓLIZA:	VALOR EN EFECTIVO: \$

PROPIEDAD PERSONAL: **SI / NO** INDIQUE TODOS LOS CARROS, BOTES, CAMIONES, CAMIONETAS, MOTOS, CAMPERS, CASAS RODANTES, ETC.

¿USTED VIVE EN SU CASA RODANTE (SI ES APLICABLE): **SI / NO**

ARTICULO:	MARCA Y MODELO:	AÑO:	PROPIETARIO:	MONTO QUE SE DEBE: \$	VALOR : \$

DECLARACION: LA INFORMACION DADA EN LAS LINEAS ARRIBA ES, A MI MEJOR SABER Y ENTENDER, COMPLETA, EXACTA Y VERDADERA. YO AUTORIZO QUE SE ENVIE AL CENTRO MEDICO DE LA UVA TODA INFORMACION QUE SE PUEDA NECESITAR PARA DETERMINAR SI ES QUE YO CALIFICO PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA, CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PATROCINADO POR ALGUN FABRICANTE DE MEDICAMENTOS, O CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA CON FONDOS FEDERALES O DEL ESTADO, INCLUYENDO LA VERIFICACION DE MI SUELDO O SALARIO, EL SALDO DE CUALQUIERA DE MIS CUENTAS DEL BANCO, EL VALOR CONVERTIBLE EN EFECTIVO DE CUALQUIER PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE YO POSEA, ASI COMO TAMBIEN EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL O DE BIENES RAICES A MI NOMBRE O QUE YO ESTE COMPRANDO. SI YO FUERA REFERIDO A UN PROGRAMA DE AYUDA MEDICA FINANCIADO POR EL ESTADO O EL GOBIERNO FEDERAL, YO AUTORIZO AL CENTRO MEDICO DE LA UVA QUE SE ENVIE Y OBTENGA TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA DETERMINAR SI SOY ELEGIBLE PARA ESA FINANCIACION.

Estoy de acuerdo a notificar inmediatamente a el hospital UVA de cuando mi seguro (medico o receta medica) y/o de cambios en los ingresos

\*FIRMA(S) REQUERIDAS

FIRMA DE SOLICITANTE:	FECHA:
FIRMA DEL ESPOSO(A):	FECHA:

Este solicitud fue recibida por un empleado del centro medico de Uva \_\_\_\_\_