



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:																				
¿Es usted ciudadano o nacional de los EE.UU.? (OBLIGATORIO) Si/No	Si usted no es ciudadano o nacional de los EE.UU, tiene un estado migratorio elegible? (OBLIGATORIO) Sí, Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.																				
Tipo de Documento de inmigración: _____ Número de ID del documento: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					¿Has vivido en los EE.UU. desde 1996? Si/No ¿Es usted o su esposo/a o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Si/No
ESTADO CIVIL (MARQUE CON UN CIRCULO): DIVORCIADO VIUDO SOLTERO CASADO SEPARADO																					

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)	RELACIÓN 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 identificación 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): SI / NO (MARQUE CON UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: DIRECCION:	SALDO: \$
# DE CUENTA DE AHORROS: SI / NO (MARQUE CON UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: DIRECCION:	SALDO: \$
ACCIONES, BONOS, IRA'S, 401K (PLANO DE RETIRO), CD'S (CERTIFICADOS DE DEPOSITO), ETC. SI / NO	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? SI / NO (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 : \$
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 MÉDICA 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 FINANCIACIÓN.

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

*FIRMA(S) REQUERIDAS

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

This form is available in English/Esta forma está disponible en Ingles

Application for Financial Assistance Form (Spanish)

Revised 12/18

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA DEL CENTRO MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA (UVA)

PASO 1 (STEP 1): Complete la información del paciente. Por favor llene completamente toda la información concerniente al paciente.

PASO 2 (STEP 2): Llene la parte de la información sobre ingresos y bienes. Esto incluye ingresos por su trabajo como empleado, ayuda del departamento de Servicios Sociales (Food Stamps / vales canjeables por alimentos que se dan a personas de bajos ingresos, ADC / ayuda temporal a familias necesitadas, General Relief / programa que ayuda por una sola vez a personas con problemas para pagar la renta, luz, agua o gasolina para sus autos, o ayuda del gobierno (beneficios del social security / seguro social, VA / Administración de Veteranos de Guerra), y todo otro ingreso. Si cualquiera de sus hijos tiene 18 años o más, se requiere un formulario por separado.

¿Quien es el jefe de familia? Esta es la persona de la familia quien proporciona comida y casa para el solicitante. El solicitante también puede ser el jefe de familia. En la sección de miembros en la familia no se debe mencionar a personas que no pertenecen a la familia.

PARA QUE EL CENTRO MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA (UNIVERSITY OF VIRGINIA MEDICAL CENTER) PUEDA CUMPLIR CON LAS NORMAS DEL ESTADO, SE REQUIERE PRUEBA O SUSTENTACION DE CADA UNO DE LOS PUNTOS MENCIONADOS EN LA PARTE DE ADELANTE DE ESTA SOLICITUD. POR FAVOR NO ENVIE LA SOLICITUD A MENOS QUE HAYA ADJUNTADO TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA. TODA LA INFORMACION DEBE SER ENVIADA A LA UVA LO MAS PRONTO POSIBLE O USTED SERA EL RESPONSABLE DE PAGAR EL TOTAL DE SUS FACTURAS.

A CONTINUACION LISTAMOS LOS TIPOS DE DOCUMENTOS QUE SE NECESITAN.

POR FAVOR REVISE CADA UNO PARA VER CUALES PUEDEN SER APLICADOS EN SU CASO: (POR FAVOR SOLO ENVIE COPIAS. DOCUMENTOS ORIGINALES NO SERAN DEVUELTOS).

RECIBOS DE PAGO (TALONES DE SU CHEQUE DE PAGO): Si usted tiene trabajo, debe proporcionar una copia de los talones de sus cheques de pago de 1 (un) mes - estos pueden ser de cualquiera de los 3 últimos meses.

Si no tiene o no puede encontrar los talones de sus cheques de pago, entonces tendrá que hacernos llegar una carta firmada por su empleador, donde se especifique cuánto gana por mes (sueldo bruto).

DESEMPLEO: Documentos donde se indique el monto que usted recibe por semana como beneficios, o una notificación donde se le informa que su solicitud por beneficios de desempleo o la compensación al trabajador es lesionado en el trabajo no ha sido aprobada.

OTROS RECURSOS: Copia del cheque que usted recibe como beneficio por su retiro, cheque del programa General Relief / programa que ayuda por una sola vez a personas con problemas para pagar la renta, luz, agua o gasolina para sus autos, cheque del programa ADC / programa que ayuda a familias necesitadas, adjudicación de fondos fiduciarios (donación testamentaria para ser restituida a otra persona o para cumplir con la voluntad de la persona que hizo el testamento), cheque por la pensión que recibe para la manutención de sus hijos, y pensión por alimentos.

BENEFICIOS DEL GOBIERNO: Carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) con la ratificación de beneficios otorgados por el Seguro Social (Social Security) o con la notificación de que su solicitud no ha sido aprobada, y/o del SSI (Ingresos provenientes del Seguro Social), VA (Administración de Veteranos de Guerra) u otros beneficios del gobierno, fotocopia del(os) cheque(s) o estado de cuenta de su banco donde se muestra el depósito automático.

TRABAJO POR TEMPORADA: Por favor haga llegar a la Uva el formulario para verificación de ingresos.

TRABAJO POR CUENTA PROPIA: Háganos llegar su copia del documento con el que presentó sus impuestos federales (Federal Income Tax Return).

CARTA SOBRE MANUTENCION: Una carta donde se verifique que un familiar o amigo le ayuda con los gastos de su manutención (esto se aplica a las personas que nos han informado que no tienen ingresos de ningún tipo o que sus ingresos no son suficientes para que se pueda mantener).

SERVICIOS SOCIALES: Documento otorgado por el Departamento de Servicios Sociales de su área, donde se indique si su caso ha sido aprobado o no, o que su caso esta aún pendiente. Cualquier carta ratificando que usted recibe ayuda con vivienda y/o el monto que usted recibe como ayuda con vales canjeables por alimentos que se da a personas de bajos ingresos (food stamps).

ESTADOS BANCARIOS: Estados bancarios de los meses más recientes de su cuenta de ahorros y/o de su cuenta corriente (cuenta de cheques) que usted recibe de su banco o asociación crediticia (credit union).

LICENCIA POR ENFERMEDAD: Nota del doctor con el período de tiempo que usted no puede trabajar, indicando la fecha de inicio y fin. Documento donde su empleador indica cuánto se le paga durante la licencia por enfermedad (sick leave) o si usted está con licencia sin goce de sueldo. También indicando el monto bruto que se le ha pagado por todo el año hasta el día de hoy, y fecha de contratación.

ESTUDIANTES: Becas, préstamos, trabajo temporal para estudiantes el cual es pagado con fondos federales. (work-study), sueldo, pensiones de estudios, y montos recibidos como profesor adjunto y asignaciones otorgadas.

INVERSIONES: Estados de cuenta del banco o agente de bolsa mostrando el valor actual de acciones, bonos, IRA's, plan de retiro (401K plan), certificados de depósitos (CDs), valores o títulos.

PROPIEDAD PERSONAL: Estado de cuenta de impuestos donde aparece la valorización de su(s) vehículos y otros bienes declarados indicando el monto de la deuda hasta la fecha.

PROPIEDAD DE BIENES RAICES: El estado de cuenta de impuestos más reciente donde se indica el área en acres y valor junto con el documento que muestra el valor actual de la hipoteca o deuda por el préstamo sobre la propiedad).

SEGURO DE VIDA: Póliza o documento donde se indique específicamente el valor convertible en efectivo por encima de los \$1,500.00.

OTROS: Una copia de los documentos donde se le otorga custodia de su(s) hijo(s).