

PASO 1: COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION:

NOMBRE DEL PACIENTE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (si es aplicable):
DIRECCIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL:	EXPEDIENTE MÉDICO NO:
NUMERO DE TELEFONO DE CASA:	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO:
ESTADO CIVIL (CIRCULE UNO):	SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO
ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O NACIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS: † SÍ/NO	
† Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para beneficios / programas adicionales.	
SI USTED NO ES CIUDADANO O NO NACIÓ EN LOS ESTADOS UNIDOS, ¿TIENE ALGUNA DE LAS CONDICIONES DE INMIGRACIÓN QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN?? SÍ/NO*	
* SI RESPONDIÓ "NO", SALTE AL PASO 2 (aún puede ser elegible para recibir asistencia). SI RESPONDIÓ "SÍ", INDIQUE CUAL DE LOS SIGUIENTES DESCRIBE SU CONDICIÓN:	
<input type="checkbox"/> ASILADO <input type="checkbox"/> REFUGIADO <input type="checkbox"/> INMIGRANTE ESPECIAL ESTADO DE MENORES (SIJ) <input type="checkbox"/> RESIDENTE LEGAL PERMANENTE CON AL MENOS CINCO AÑOS DE RESIDENCIA EN VIRGINIA <input type="checkbox"/> RESIDENTE DE ESTADOS UNIDOS DESDE 1996 <input type="checkbox"/> VETERANO / MILITAR ACTIVO DE EE. UU. / CÓNYUGE O PADRE DE VETERANO / MILITAR ACTIVO DE EE. UU.	

PASO 2: COMPLETE LAS SIGUIENTES SECCIONES SOBRE INGRESOS Y COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.

Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.

MIEMBROS DE LA FAMILIA, INCLUYENDO USTED MISMO, CÓNYUGE, HIJOS MENORES DE 18	SEXO M/F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (si se sabe)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	INGRESO BRUTO MENSUAL (consulte la página 2)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR.
				Yo mismo			

RECIBE LO SIGUIENTE: MANUTENCIÓN DE HIJOS **SÍ/NO** CANTIDAD \$ _____ PENSIÓN ALIMENTICIA: **SÍ/NO** CANTIDAD \$ _____
 ¿TIENE MEDICARE O CUALQUIER OTRO SEGURO DE SALUD QUE CUBRA TODO O PARTE DEL COSTO DE SUS MEDICAMENTOS CON RECETA? **SÍ/NO**
 ES ASÍ, A CONTINUACIÓN, INDIQUE EL NOMBRE DEL SEGURO CON EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO Y NÚMERO DE GRUPO:

NOMBRE DEL SEGURO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	NÚMERO DE GRUPO

PASO 3: POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES SECCIONES SOBRE RECURSOS.

Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.

NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE: SÍ / NO	NOMBRE DEL BANCO:	SALDO: \$
NÚMERO DE CUENTA DE AHORRO: SÍ / NO	NOMBRE DEL BANCO:	SALDO: \$
ACCIONES, BONOS, IRA, 401K, CD, ETC. SÍ / NO	NOMBRE DEL BANCO:	SALDO: \$

TIENE USTED O ESTÁ COMPRANDO UNA PROPIEDAD INMOBILIARIA: **SÍ / NO** CIUDAD / CONDADO: _____ TOTAL DE ACRES: _____
 MONTO DE LA HIPOTECA: \$ _____ VIVE EN LA PROPIEDAD INMOBILIARIA: **SÍ / NO**
 ¿TIENE SEGURO DE VIDA PARA USTED O ALGÚN DEPENDIENTE MAYOR DE 21 AÑOS CON VALOR EN EFECTIVO O VALOR DE PRESTAMO? **SÍ / NO**
 SI ES ASÍ, INDIQUE EL O LOS NOMBRES DEL SEGURO, EL NÚMERO DE LA PÓLIZA Y EL VALOR EN EFECTIVO: _____
 PROPIEDAD PERSONAL: **SÍ / NO** ENUMERE TODOS LOS VEHÍCULOS, CAMIONES, MOTOS, CAMPERS, CASAS MÓVILES, ETC.
 SI ES APLICABLE; RESIDE EN SU CASA MÓVIL: **SÍ / NO**

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

DECLARACIÓN: LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ARRIBA ES, A MI MEJOR SABER Y ENTENDER, COMPLETA, EXACTA Y VERDADERA. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN QUE UVA HEALTH PUEDA NECESITAR PARA DETERMINAR SI CALIFICO PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LAS PERSONAS DE BAJOS RECURSOS, CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PATROCINADO POR EL FABRICANTE DE MEDICAMENTOS O CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FINANCIADO POR EL GOBIERNO FEDERAL O ESTATAL INCLUYENDO LA VERIFICACIÓN DE MI SALARIO O SUELDO, EL SALDO DE CUALQUIER CUENTA BANCARIA QUE YO MANTENGA, EL VALOR EN EFECTIVO DE CUALQUIER POLIZA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE TENGA, ASÍ COMO EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD DE BIENES RAÍCES O PERSONAL QUE TENGO O ESTÉ COMPRANDO. SI ME REMITEN A UN PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FINANCIADO POR EL ESTADO O EL GOBIERNO FEDERAL, AUTORIZO A UVA HEALTH A DIVULGAR Y OBTENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA ESE FINANCIAMIENTO. ME COMPROMETO A NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A UVA CUANDO CAMBIE MI SEGURO (MÉDICO O DE RECETAS) Y / O INGRESOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE / FIADOR (REQUERIDO):	FECHA:
FIRMA DEL CÓNYUGE:	FECHA:

La información y la documentación de respaldo que se solicita son necesarias para que nuestro proceso cumpla con las reglas establecidas por la mancomunidad de Virginia para este programa y para determinar qué otros programas o asistencia podrían estar disponibles para usted.

¿Necesita ayuda para completar su solicitud?

Por Teléfono: 866-320-9659

Por Correo Electrónico: Financialassistance@virginia.edu

Por Fax: 434-924-9322

En Persona: Education Resource Center (ubicado al lado de la farmacia)

1220 Lee St

Charlottesville VA 22903

Horario: M-F 8AM-5:00PM

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

PASO 1: Complete toda la información relativa al paciente en su totalidad.

PASO 2: Complete la información sobre ingresos y cobertura de atención médica. Esto incluye ingresos que recibe de su empleador, ayuda del gobierno (seguro social, beneficios de VA), jubilación, pensión alimenticia, trabajo por cuenta propia o cualquier otra fuente de ingresos. **Si algún niño tiene 18 años o más, se requiere un formulario por separado y no se puede incluir en esta solicitud.** No se debe incluir a ningún miembro de la familia en esta solicitud a menos que el miembro sea un niño menor de 18 años con prueba de custodia.

PASO 3: Complete la información sobre recursos.

PARA QUE UVA HEALTH CUMPLA CON LAS DIRECTRICES ESTATALES, CADA UNO DE LOS ARTÍCULOS QUE SE ENCUENTRAN AL FRENTE DE ESTA SOLICITUD REQUERIRÁN PRUEBA O DOCUMENTACIÓN. POR FAVOR, NO ENVÍE SU SOLICITUD A MENOS QUE HAYA ADJUNTADO TODA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA. TODA LA INFORMACIÓN SE DEBE DEVOLVER LO ANTES POSIBLE PARA EVITAR RETRASOS.

DOCUMENTACIÓN

LOS SIGUIENTES SON TIPOS DE DOCUMENTACIÓN QUE SE NECESITA.
POR FAVOR LEA CADA UNO PARA VER CUALES PUEDEN APLICAR A SU SITUACIÓN:
(SOLO COPIAS POR FAVOR. NO SE DEVOLVERÁN LOS ORIGINALES).

Paso 1: No se necesita documentación

Paso 2: Ingresos

- TALONES DE CHEQUE DE SUELDO:** Si está empleado, debe proporcionar 1 (un) mes de los talones de su cheque de pago, que no tengan más de 3 meses. Si sus talones no están disponibles, debe proporcionar una carta de su empleador que indique 1 (un) mes de salario bruto.
- DESEMPLEO:** Formularios que verifican el monto del beneficio semanal o niegan las indemnizaciones por desempleo o compensaciones a los trabajadores. Si recibe beneficios por desempleo, también se requiere prueba de depósito directo de beneficios.
- OTROS RECURSOS:** Copia de la declaración de beneficios de jubilación mensual bruta, asignaciones de fondos fiduciarios, pensión alimenticia y / o manutención infantil recibida.
- BENEFICIOS DEL GOBIERNO:** Carta de confirmación o denegación del Seguro Social, SSI, VA u otros beneficios gubernamentales, fotocopia de cheques o extracto bancario que muestre el depósito automático.
- EMPLEO TEMPORAL:** Una carta del empleador que indique la fecha de contratación y los ingresos brutos del año hasta la fecha.
- AUTOEMPLEO:** Proporcione su declaración de impuestos federales sobre la renta del año actual.
- CARTA DE APOYO:** Carta de verificación de apoyo de familiares o amigos (cuando no se informan ingresos o no se informan ingresos suficientes para mostrar manutención.)
- LICENCIA POR ENFERMEDAD:** Declaración del empleador que indique una licencia por enfermedad con goce de sueldo o si está de licencia sin goce de sueldo. Si está con licencia pagada, proporcione prueba de ingresos del empleador.
- ESTUDIANTES:** Montos de becas, préstamos, trabajo-estudio, estipendios, matrículas, ayudantías y subvenciones.
- OTRO:** Una copia de los documentos de custodia (cuando corresponda).

Paso 3: Recursos

- ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS:** Estado (s) de cuenta corriente o de ahorros más reciente del banco o cooperativa de crédito que no tenga más de 3 meses. Los estados de cuenta deben incluir el nombre del banco, el número de cuenta, el nombre del titular de la cuenta y el saldo.
- APLICACIONES EN EFECTIVO Y PAYPAL:** Estado de cuenta o captura de pantalla de PayPal o cualquier solicitud para compartir dinero (es decir, Venmo, CashApp, etc.). Debe incluir el nombre del titular de la cuenta, del usuario y el saldo.
- INVERSIONES:** Acciones, bonos, planes 401k, IRA, CD, estado de cuenta del banco / corredor que muestre el valor actual que no tiene más de 3 meses de antigüedad. Los estados de cuenta deben incluir el nombre del banco, el número de cuenta, el nombre del titular de la cuenta y el saldo.
- PROPIEDAD PRIVADA:** Declaración de impuestos que muestre el valor tasado de los vehículos. Si hay un préstamo asociado con el vehículo, proporcione el monto del pago del préstamo, debe especificar el monto del pago y debe especificar el nombre del prestamista, el nombre del titular de la cuenta y la descripción del vehículo / número de identificación del vehículo (VIN).
- PROPIEDAD DE BIENES RAÍCES:** Declaración de impuestos más actual que muestre el número de acres y el valor tasado. Si hay una hipoteca, proporcione el pago de la hipoteca e incluya el nombre del prestamista, el nombre del titular de la cuenta y la descripción / dirección de la propiedad.
- SEGURO DE VIDA:** Póliza o estado de cuenta que especifica el valor en efectivo o prueba de que la póliza no tiene valor en efectivo.