



INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

PARTE 1: Esta sección identifica al paciente que solicita asistencia financiera. Ingrese la información del paciente que se solicita de manera completa y exacta.

PARTE 2: Esta sección identifica a todos los miembros del hogar y cualquier ingreso que tengan. Ingrese la información de ingresos para todos los miembros del grupo familiar. RMH requiere un historial de 12 meses de ingresos. Si usted o algún miembro de su hogar ha tenido diferentes empleadores durante los últimos 12 meses, utilice una línea separada para cada empleador. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.

Se debe incluir a las siguientes personas como miembros del hogar, aunque no vivan en la misma casa que el paciente:

- El paciente y su cónyuge
- Los hijos del paciente que tienen discapacidades, de cualquier edad y los hijos menores de 26 años de edad. Excepción: No incluya a un hijo que viva en otro lugar, que demuestre ser independiente (casado, en servicio militar, etc.).
- Si el paciente es menor de 26 años de edad, lo padres del paciente SIEMPRE se consideran miembros del hogar, independientemente del lugar en que vivan, a menos que le paciente demuestre ser independiente (casado, en servicio militar, etc.).

Los nietos del paciente se incluyen sólo si viven con el paciente y al paciente le han otorgado la custodia legal de los niños.

En esta sección registre si recibe o no asistencia por desempleo, manutención infantil, asistencia general, etc., y los montos de la asistencia. Si está desempleado y no recibe asistencia financiera, entonces deberá proporcionar una carta de las personas que le brindan apoyo (alimentos, albergue, etc.).

Debe proporcionar la constancia de ingresos del hogar, incluyendo:

- a) Boletas de pago o una carta de los empleadores confirmando el ingreso
- b) Constancia de ingreso por desempleo
- c) Constancia de SSI, discapacidad, compensación laboral, seguro social, pensión u otro beneficio relacionado con programas de ingresos (carta de adjudicación de beneficios)
- d) Copias de los cheques de pensión alimenticia y manutención infantil
- e) Su declaración de impuestos federales más reciente (Si trabaja en forma independiente, sus últimas dos declaraciones de impuestos federales y estatales, incluyendo TODOS los anexos).
- f) Constancia del pago recibido por dividendos
- g) Sus dos últimos estados de cuenta de bancos, cuentas de jubilación y de otras instituciones financieras
- h) Documentación adicional que se le solicite dependiendo de su situación y circunstancias

Llene el formulario de autorización de divulgación que se encuentra atrás para que podamos ayudarle a obtener la información necesaria.

PARTE 3: Esta sección identifica sus bienes (activos). Debe proporcionar copias de sus dos últimos estados de cuenta de bancos y de otras instituciones financieras y debe revelar todos sus bienes (activos).

PARTE 4: Esta sección registra el promedio mensual de gastos de su hogar. No envíe documentación de estos gastos, si fuera necesario, se la pediremos. Hemos impreso para usted algunas categorías comunes de gastos. Si tiene categorías adicionales, agréguelas en el espacio proporcionado.

PARTE 5: Esta sección pregunta acerca de la disponibilidad de seguro médico y la elegibilidad para Medicaid u otros programas federales, estatales o locales. **ROCKINGHAM MEMORIAL HOSPITAL NO PROPORCIONA ASISTENCIA FINANCIERA A LOS PACIENTES QUE NO LA SOLICITAN O QUE NO COMPLETAN EL PROCESO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL.**

PARTE 6: En esta sección usted afirma que ha proporcionado información verdadera y exacta. Debe firmar la solicitud porque las solicitudes que no están firmadas no se procesarán.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina comercial de RMH al (540) 564-5900.



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

A quien interese:

Por este medio autorizo que se proporcione a RMH toda la información que se solicita a continuación.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de SS: _____

- Verificación de empleo y salario
Proporcione las fechas de empleo y la información salarial del empleado antes mencionado.
- Verificación de estado de cuenta bancario
Proporcione una copia de los últimos tres estados de cuenta bancaria de la persona antes mencionada.
- Otro
Proporcione la siguiente información de la persona antes mencionada.

Gracias por proporcionar esta información.

Firma: _____ Fecha: _____



2010 Health Campus Drive
 Harrisonburg, VA 22801
 Oficina comercial: (540) 564-5900
 Número gratuito: (800) 858-0383

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

DEBE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS

PARTE 1: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente:	Número de Seguro Social:
Dirección:	Fecha de nacimiento:
Ciudad, estado, código postal	Paciente Número de cuenta:
Estado civil: (marque una) Soltero(a) Casado(a)	Paciente Número telefónico:

PARTE 2: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. Proporcione la información de los ingresos de todos los miembros del hogar durante los últimos 12 meses. Use una línea separada para indicar varios empleadores. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional. **Consulte las instrucciones para saber a quiénes no debe incluir como miembros del hogar.**

Miembros del hogar, incluyendo al paciente (consulte las instrucciones)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Empleador	Fechas de empleo	Ingreso mensual: Sueldos, Seguro Social, etc.

¿Está (el paciente) desempleado? Sí / No

Si está desempleado:

Fecha de terminación de su empleo _____. ¿Ha solicitado asistencia por desempleo? Sí / No

¿Hay alguien que le proporcione apoyo? Sí / No Si la respuesta es sí, proporcione una carta de apoyo de la persona que le está proporcionando el apoyo.

¿Alguien de su grupo familiar recibe alguno de los siguientes tipos de asistencia?

(Circule las respuestas; proporcione los montos MENSUALES, si la respuesta es Sí).

Medicaid: Sí / No Vivienda (Sección 8/HUD): Sí/No

Manutención de menores: Sí / No Monto: _____ Pensión alimenticia: Sí / No Monto: _____

Cupones para alimentos: Sí / No Monto: _____

Alivio en general: Sí / No Monto: _____ Beneficios de compensación laboral/desempleo: Sí / No Monto: _____

Beneficios por discapacidad/Seguro Social/Pensión/Jubilación: Sí/No Monto: _____

PARTE 3: INFORMACIÓN DE BIENES. No incluya su residencia principal (su casa). Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.

Cuenta corriente (cheques) Sí / No (marque una) Número de cuenta:	Nombre del banco: Ubicación:	Saldo: \$
Cuenta de ahorros: Sí / No (marque una) Número de cuenta:	Nombre del banco: Ubicación	Saldo: \$
Acciones, bonos, certificados de depósito, inversiones Sí / No (marque una)	Banco/Nombre del corredor: Ubicación	Saldo: \$
Cuentas de retiro Sí / No (marque una)	Tipo: IRA / 401(k) / 403 (b) / Otro (Marque con un círculo todas las opciones que apliquen).	Saldo: \$
Otros bienes (terrenos o edificios) Sí / No (marque una) Dirección:	Ingresos por rentas Monto recibido por año \$	Valor aproximado: \$

BIENES PERSONALES: Enumere todos los vehículos, incluyendo automóviles, camiones, motocicletas, casas motorizadas, barcos, aviones y demás vehículos.

Artículo:	Marca/modelo:	Año	Propietario:	Monto adeudado: \$	Valor: \$
Artículo:	Marca/modelo:	Año	Propietario:	Monto adeudado: \$	Valor: \$
Artículo:	Marca/modelo:	Año	Propietario:	Monto adeudado: \$	Valor: \$

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

PARTE 4: INFORMACIÓN DE GASTOS. Proporcione la siguiente información y agregue los gastos que no estén enumerados. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.

GASTO	MONTO MENSUAL	GASTO	MONTO MENSUAL
Hipoteca/Renta	\$	Pagos de tarjeta de crédito	\$
Servicios, incluyendo el servicio de cable	\$	Cuentas médicas	\$
Pagos de vehículo	\$	Otros: Descripción y monto	
Seguro de automóvil/vida	\$		\$
Abarrotes	\$		\$
Préstamos estudiantiles	\$		\$
Otros préstamos	\$		\$

PARTE 5: INFORMACIÓN MISCELÁNEA

¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico, de la administración de veteranos u otros beneficios del gobierno? Sí / No

¿Se le ofreció seguro médico al paciente por medio de su empleador? Sí / No Si la respuesta es sí, ¿por que no tiene cobertura el paciente?

¿Realizó el paciente una prueba de selección para Medicaid? Sí / No
Si la respuesta es sí, ¿por que el paciente no tiene Medicaid o FAMIS?

Si la respuesta es no, ¿por qué no le realizaron al paciente una prueba de selección para Medicaid?

Otras notas

PARTE 6: DECLARACIÓN Y FIRMA

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO: La información que se proporciona en esta declaración financiera está completa y es exacta, según mi leal saber y entender. Para que me tomen en cuenta para recibir asistencia financiera debo proporcionar constancia de los ingresos y bienes que enumeré anteriormente. Mi solicitud será revisada y es posible que se necesite documentación o explicaciones adicionales. No me devolverán los documentos que presente con esta solicitud. El RMH puede obtener un informe de crédito durante el proceso de revisión. Tengo la responsabilidad de informar al RMH si cambia mi situación financiera. No todos los servicios del RMH son elegibles para la asistencia financiera. El RMH puede cambiar su programa de asistencia financiera, en cualquier momento y sin previo aviso. Tengo la responsabilidad de asegurar que los servicios que espero recibir califiquen para la asistencia financiera, antes de recibirlos. Es ilegal proporcionar información falsa para recibir asistencia financiera.

Mi firma abajo indica que entiendo la información anterior.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Para que la solicitud se considere completa debe estar firmada. No se aprobarán las solicitudes de asistencia financiera que estén incompletas.

ESTA SECCIÓN ES PARA USO EXCLUSIVO DEL RMH

_____ **Aprobado**
 _____ **Denegado** ¿Por qué? _____

Firma del representante de RMH: _____ **Fecha:** _____