

Apéndice C

Asistencia financiera: lista de verificación de la documentación requerida

Fecha (Date) ____/____/____

Paciente (Patient) _____

N.º de expediente médico o N.º de garante (Medical Record # or Guarantor #) _____

Estimado paciente o garante:

Además de completar la solicitud de Asistencia Financiera de Inova, deberá proporcionar prueba de sus ingresos y residencia. Tenga en cuenta que ciertos documentos pueden usarse para documentar tanto sus ingresos como su residencia.

Documentación de ingresos	Documentación de residencia
Comprobante de ingresos familiares: se necesitan los ingresos del cónyuge o pareja de hecho. Deberá incluir al menos uno (1) de los siguientes documentos:	Constancia de 30 días de residencia dentro del área de servicio de Inova. Deberá incluir al menos uno (1) de los siguientes documentos:
Dos recibos de pago más recientes.	Licencia de conducir o tarjeta de identificación válida, expedida en Virginia (deberá haber sido emitida al menos 30 días antes de la fecha del servicio).
Declaración de impuestos federales más reciente. <i>(**Instrucciones a continuación**)</i>	Declaración de impuesto federal o estatal de renta más recientes. <i>(**Instrucciones a continuación**)</i>
Estado de cuenta bancaria mensual con el nombre y la dirección actual del solicitante <i>(deberá emitirlo el banco en los últimos 30 días y reflejar los depósitos).</i>	Estado de cuenta bancaria mensual con el nombre y la dirección actual del solicitante <i>(deberá haber sido emitida al menos 30 días antes de la fecha del servicio).</i>
Verificación notarizada de empleo <i>(formulario/carta realizados por el empleador).</i>	Verificación notarizada de residencia <i>(formulario/carta realizados por el propietario).</i>
Verificación notarizada de apoyo <i>(formulario/carta realizados por el cónyuge/pareja/autodeclaración).</i>	Factura de servicios públicos (gas, electricidad, alcantarillado, agua, televisión por cable, etc.) con el nombre y la dirección actual del solicitante <i>(deberá haber sido emitida al menos 30 días antes de la fecha del servicio).</i>
Programa gubernamental de asistencia/carta de beneficios de asistencia pública.	Póliza actual de seguro de automóvil o factura de póliza de seguro domiciliario, con el nombre y la dirección actual del solicitante.
Carta de beneficios del Seguro Social.	Contrato de arrendamiento.
Formulario I20 (estudiantes internacionales).	Tarjeta de registro electoral de Virginia.
Ingresos de pensión/jubilación.	Recibo de impuestos a la propiedad personal o impuestos inmobiliarios pagados durante el último año a la Mancomunidad de Virginia o a una localidad de Virginia.
Beneficios de sobreviviente.	Formulario de certificado de inscripción del Departamento de Educación de Virginia.
Compensación por desempleo.	Copia certificada de expediente escolar o ficha académica, emitida por una escuela acreditada por una jurisdicción o territorio de un estado de los EE. UU.
Dividendos de interés/regalías/ingresos del patrimonio/fideicomiso.	Expediente del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV).
Documentación sobre asistencia educativa o asistencia financiera con la matrícula.	Certificado de residencia de emitido por el servicio de inmigración.
Documentación de pensión alimenticia/manutención de menores.	Formulario W2.
Verificación de estado diplomático, en membrete de la embajada.	
Verificación de ingresos de terceros (alquiler de vivienda, solicitud de compra, alquiler de automóvil, solicitud de préstamo, etc.).	

Documentación para usos múltiples

Los siguientes elementos pueden usarse como constancia de ingresos y residencia en un documento:

Declaración de impuestos federales más reciente. <i>(**Instrucciones a continuación**)</i>
Estado de cuenta bancaria mensual con el nombre y la dirección actual del solicitante <i>(deberá emitirlo el banco en los últimos 30 días).</i>
Verificación notarizada de apoyo <i>(formulario/carta realizados por el cónyuge/pareja/autodeclaración).</i>

El hecho de no presentar los documentos solicitados dará como resultado el RECHAZO de su solicitud, dejándolo responsable de todo el saldo. En caso de cualquier duda o si necesita más tiempo para reunir los documentos solicitados, llame al 571-472-5880. Si prefiere enviar los comprobantes por fax, por favor, hágalo al 571-665-6895.

****Declaración de impuestos:** cuando presente la declaración preparada por una firma o empresa, envíe el documento completo con firma y fecha. Cuando presente la declaración preparada por usted mismo, envíe el documento completo, con firma y fecha.

**** Una vez que se reciban los comprobantes de ingreso, residencia y el tamaño de la familia, calcule 30 días para el procesamiento.**

===== ¡IMPORTANTE! =====

Solo por correo postal	Ubicación del buzón para asistencia en persona
Patient Financial Services 8095 Innovation Park Drive, Fairfax VA 22031	Inova Partnership for Healthier Communities 2700 Prosperity Avenue #280, Fairfax VA 22031 Horario: de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 12:00 p. m.
<u>No se aceptan pacientes sin cita previa en este establecimiento</u>	<u>Servicios que se ofrecen:</u> Entrega de solicitud nueva, documentación requerida, asistencia financiera. Consultas y servicios de autenticación.



Envíe por correo el formulario completo a:

Inova
8095 Innovation Park Dr., Fairfax, VA 22031

Patient Accounts **Cuentas de pacientes**
Financial Assistance Form **Formulario de asistencia financiera**

N.º DE EXP. MÉDICO / GARANTE		FECHA DEL SERVICIO:			NÚMERO DE CUENTA				
NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO		NOMBRE		INICIAL SEGUNDO	N.º SEG. SOC.		FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		
DIRECCIÓN POSTAL			N.º APT.	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
¿CUÁNTO HACE QUE VIVE EN ESTA DIRECCIÓN?							N.º DE TELÉF. DE CASA		
NOMBRE DEL EMPLEADOR:			N.º TELÉF. DEL EMPLEADOR:		N.º DE PERSONAS EN LA FAMILIA		¿ESTÁ EMBARAZADA?		
NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NAC.	N.º SEG. SOC.	SEXO	PARENTESCO	NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NAC.	N.º SEG. SOC.	SEXO	PARENTESCO
1.	/	/	/		3.	/	/	/	
2.	/	/	/		4.	/	/	/	

¿Cuáles son los montos y fuentes de ingreso de la familia? (incluya sueldos/salarios/ingresos de cualquier fuente para paciente y cónyuge, padres, si el paciente es menor)

	\$	Marque con un círculo el código de ingresos					\$	Marque con un círculo el código de ingresos			
		S	2S	M	A			S	2S	M	A
1. Sueldos	\$					8. Otros	\$				
2. Otros sueldos	\$						\$				
3. Ayuda general	\$					1. Seguridad de Ingreso Suplementario	\$				
4. Seguro social / Discapacidad de la SSI	\$					2. Trabajo estudiantil/préstamos de estudios/becas	\$				
5. Ayuda para hijos dependientes	\$					3. Subsidios del gobierno	\$				
6. Manutención conyugal/de menores	\$					4. Otros	\$				
7. Ingreso para desempleados	\$						\$				

Códigos de ingresos: S = semanal 2S = quincenal M = mensual A = anual

Esta visita está relacionada con: Accidente vehicular Sí (Yes) No Lesión en su trabajo Sí (Yes) No

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que el hospital exigirá **COMPROBANTES DE INGRESOS** (*informe crediticio, declaraciones de renta, talonarios de pago de salario, determinación de discapacidad, etc.*) y autorizo a la Agencia de Créditos **Equifax** o a agencias de servicios sociales para que divulguen la información necesaria para completar el proceso de solicitud. Además, presentaré una solicitud para cualquier ayuda (*Medicaid, Medicare, seguros, etc.*) que pueda estar disponible para pagar mis gastos del hospital. Tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha ayuda y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada para cubrir los gastos hospitalarios. Si se demuestra que cualquier información que yo haya proporcionado es falsa, comprendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier medida que sea apropiada.

Se debe enviar documentación justificativa dentro de quince (15) días para que esta solicitud se tome en cuenta.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA DE LA SOLICITUD _____

TOTAL DEL INGRESO CONTABLE: \$ _____

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA, ES SOLO PARA USO OFICIAL

TOTAL DEL INGRESO CONTABLE: \$ _____

Family Size	100%	250%	400%	500%
1	\$14,580	\$36,450	\$58,320	\$72,900
2	\$19,720	\$49,300	\$78,880	\$98,600
3	\$24,860	\$62,150	\$99,440	\$124,300
4	\$30,000	\$75,000	\$120,000	\$150,000
5	\$35,140	\$87,850	\$140,560	\$175,700
6	\$40,280	\$100,700	\$161,120	\$201,400
7	\$45,420	\$113,550	\$181,680	\$227,100
8	\$50,560	\$126,400	\$202,240	\$252,800
9	\$55,700	\$139,250	\$222,800	\$278,500
10	\$60,840	\$152,100	\$243,360	\$304,200

Nota: Para familias/núcleos familiares con más de 8 personas, añada \$5,140 por cada persona.

➔ VER REVERSO ➔

