



**Instrucciones para la aplicación de Asistencia Financiera y documentos
requeridos**

Para considerarle para asistencia financiera, es necesario llenar los ambos lados de la aplicación y firmar la aplicación.

Enviar los documentos indicados que aplica para su familia. Por favor mande solo copias, no mande originales

- **Copia** de sus impuestos (taxes) del año 2010 de **usted y esposo(a) o pareja** (Solamente las primeras 2 pagina de sus taxes, paginas 1040)
- Dos (2) copias de las mas recientes talones de cheque (**colillas**) de **usted y esposo (a) o pareja**.

===== **IMPORTANTE!** =====

Si Ud. no envia los documentos requeridos se le negará la Asistencia Financiera, quedando Ud. como responsable del pago de su cuenta con el hospital.

Si tiene preguntas, por favor llame al **571-423-5880**.

Retorne la aplicación y documentos a nuestra oficina:

**Inova Health System
Financial Aid Office
2990 Telestar Ct, 1st floor
Falls Church, VA 22042**

Si usted prefiere mandarnos los documentos via fax, nuestro número de fax es **571-423-5886**.

Return completed form to:
INOVA HEALTH SYSTEM
 2990 Telestar Ct
 Falls Church, VA 22042

IMVH IAH
 IFOH IFH
 IECC/F IFSM

MEDICAL RECORD #		FECHA DE SERVICIO:			NUMERO DE CUENTA:		
NOMBRE DEL PACIENTE-APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		INICIAL:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:		TELEFONO DE CASA:
DIRECCION:		APT. NO.	CIUDAD:		ESTADO	CODIGO POSTAL:	FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE DEL EMPLEADOR:			TELEFONO DEL TRABAJO:		NUMERO EN SU FAMILIA:		EMBARAZADA?

NOMBRES DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M - F	RELACION FAMILIAR	NOMBRES DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M - F	RELACION FAMILIAR
1.	/ /	/	/		4.	/ /	/	/	
2.	/ /	/	/		5.	/ /	/	/	
3.	/ /	/	/		6.	/ /	/	/	

Cuales son los recursos é ingresos de su familia? (Incluyendo salarios, (otros) recursos del paciente y esposo(a), padres si es un menor de edad)

		Please Circle Income Code						Please Circle Income Code					
1. Salarios/Ingresos	\$	S	Q	M	A	8. Otros	\$	S	Q	M	A		
2. Otros Ingresos: (Part-time – Negocios temporales)	\$	S	Q	M	A	Excepción de Ingresos				S	Q	M	A
3. Pensiones ó Alimentos	\$	S	Q	M	A	1. Ingresos suplemental de seguro social	\$	S	Q	M	A		
4. Seguro Social - Discapacidad	\$	S	Q	M	A	2. Becas y préstamos de estudio	\$	S	Q	M	A		
5. Ayuda por hijos dependientes	\$	S	Q	M	A	3. Recursos federales	\$	S	Q	M	A		
6. Pension por hijos menores / Pension para esposo (a)	\$	S	Q	M	A	4. Otros	\$	S	Q	M	A		
7. Ingreso de desempleo	\$	S	Q	M	A			S	Q	M	A		

Código de Ingresos: S = Semanal Q = Quincenal M = Mensual A = Anual

Tiene esta visita relación con: Accidente Automovilístico? Si No Accidente en el trabajo? Si No

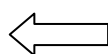
Yo certifico que la información proveida en esta aplicación es actual y correcta. Al mismo tiempo, entiendo que el hospital podrá requerir pruebas de ingresos economicos (copia de pago de impuestos, verificación de salario, etc.) Yo autorizo a Equifax agencia de reporte de crédito **yo** a las oficinas de servicios sociales, el proveer cualquier información necesaria para procesar esta aplicación. Por consiguiente, presentaré una solicitud de Asistencia Médica (Medicaid, Medicare, Seguro Médico, etc.) la cual me hará elegible **para** los cargos/cobros del hospital. Asi mismo será mi responsabilidad tomar la acción necesaria para colaborar con este proceso y asi obtener la Asistencia Financiera disponible. Si alguna información brindada a esta institucion resulta ser falsa, entiendo que el hospital esta en el derecho de reevaluar mi posición económica y a su vez tomar la decisión apropiada hacia mi persona.

FIRMA DE APLICANTE: _____ FECHA DE EMISION: _____

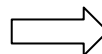
Total de Ingresos contables: \$ _____

NO ESCRIBIR EN ESTA AREA, ESTO ES DE USO OFICIAL SOLAMENTE! TOTAL DE INGRESOS CONTABLES: \$ _____

1	0	\$10,890	\$21,780	\$24,503	\$27,225	\$29,948	\$32,670
2	0	\$14,710	\$29,420	\$33,098	\$36,775	\$40,453	\$44,130
3	0	\$18,530	\$37,060	\$41,693	\$46,325	\$50,958	\$55,590
4	0	\$22,350	\$44,700	\$50,288	\$55,875	\$61,463	\$67,050
5	0	\$26,170	\$52,340	\$58,883	\$65,425	\$71,968	\$78,510
6	0	\$29,990	\$59,980	\$67,478	\$74,975	\$82,473	\$89,970
7	0	\$33,810	\$67,620	\$76,073	\$84,525	\$92,978	\$101,430
8	0	\$37,630	\$75,260	\$84,668	\$94,075	\$103,483	\$112,890
	Q100		Q101	Q126	Q151	Q201	Q226



ATRAS



Si usted esta desempleado, por favor provenganos sus ingresos anteriores y la cantidad total de ingresos de su familia (en la parte de abajo):

Recurso: _____

Cantidad: _____

Cual es el balance total en su cuenta de cheques, ahorros, certificados de deposito ó cuentas de seguro?	La cantidad total es: _____
Usted tiene Fondo de retiro ó jubilacion (IRA, 401(K), 401 (b), Keogh)?	<input type="checkbox"/> Si, el valor actual es: \$ _____ <input type="checkbox"/> No
Usted es dueño de un automovil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; si lo es: #1 AÑO _____ #2 AÑO _____ #3 AÑO _____ MARCA _____ MARCA _____ MARCA _____ MODELO _____ MODELO _____ MODELO _____	#1 Valor: \$ _____ Cuotas: \$ _____ Balance: \$ _____ #2 Valor: \$ _____ Cuotas: \$ _____ Balance: \$ _____ #3 Valor: \$ _____ Cuotas: \$ _____ Balance: \$ _____
Usted recibe ingresos de inversiones, acciones dividendos ó interes/es?	<input type="checkbox"/> Si, cual es el monto total: _____ <input type="checkbox"/> No
Usted: <input type="checkbox"/> es dueño de su casa? <input type="checkbox"/> Renta su casa? Si <u>Nó</u> : donde ó con quien vive? _____	Si es dueño: Balance actual de la casa: \$ _____ Si Renta: Pago mensual \$ _____

PATIENT ACCOUNTS USE ONLY

ELIGIBILITY APPROVED

DENIED

INOVA FINANCIAL ASSISTANCE

ELIGIBILITY APPROVED

DENIED

INDIGENT HEALTH CARE TRUST FUND

REASON FOR DENIAL: _____

HOSPITAL REPRESENTATIVE SIGNATURE: _____ DATE: _____

FOR OFFICIAL USE ONLY

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____