



Servicios financieros para pacientes

Solicitud de asistencia financiera - Financial Assistance Application - Spanish

Información demográfica	Expediente médico/ N.º del fiador		Esta visita está relacionada con ☐ Lesión en su trabajo ☐ Ninguna		*Fecha del servicio (si aún no está programado, escriba "Futuro")																									
	*Apellido	*Nombre	Inicial del segundo nombre	Número del Seguro Social		*Fecha de nacimiento																								
	Dirección		Apto. N.º:	Ciudad	Estado	Código postal																								
	¿Cuánto hace que vive en esta dirección?		*¿Usted es una persona sin techo? ☐ No ☐ Sí (Yes)		Número de teléfono																									
	*Estado civil: ☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Pareja de hecho			*Dependientes ☐ No ☐ Sí (Yes)		*Embarazada ☐ No ☐ Sí (Yes)																								
Añada los nombres de los familiares, incluida su pareja, así como de cualquier persona en su hogar que dependa de usted para recibir atención o cualquier persona que usted declare como dependiente en su declaración federal del impuesto sobre la renta, si presenta una.																														
<table><tr><th>Nombre del familiar</th><th>Fecha de nacimiento</th><th>Parentesco</th><th>Nombre del familiar</th><th>Fecha de nacimiento</th><th>Parentesco</th></tr><tr><td>1.</td><td></td><td></td><td>4.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td><td>5.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td><td>6.</td><td></td><td></td></tr></table>							Nombre del familiar	Fecha de nacimiento	Parentesco	Nombre del familiar	Fecha de nacimiento	Parentesco	1.			4.			2.			5.			3.			6.		
Nombre del familiar	Fecha de nacimiento	Parentesco	Nombre del familiar	Fecha de nacimiento	Parentesco																									
1.			4.																											
2.			5.																											
3.			6.																											
Empleo y otros ingresos	Indique a continuación los montos y fuentes de ingreso de la familia. Incluya sueldos/salarios/ingresos de cualquier fuente del paciente y su cónyuge, y sus padres, si el paciente es menor.																													
	*Situación laboral ☐ Empleado/a ☐ Independiente ☐ Desempleado/a																													
	Si está empleado, nombre del empleador			Número de teléfono del empleador																										
	Salario actual del empleo 1 (antes de impuestos): \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual																													
	Salario actual del empleo 2 (antes de impuestos): \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual																													
	Durante el último año, usted: ☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Empezó a trabajar pocas horas ☐ Ninguno de los anteriores Si es así, ¿cuándo?																													
	Si es un trabajador independiente, ¿cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio) percibe? \$ _____ ☐ Mensual ☐ Anual																													
Activos	Si está desempleado, proporcione las fuentes y los montos previos del ingreso familiar:																													
	Fuente			Monto \$ _____																										
	Otras fuentes de ingresos:																													
	Seguro social /Discapacidad de la SSI \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual			Pensión alimentaria/manutención de menores recibida \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☒ Mensual ☐ Anual																										
	Beneficios por desempleo \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual			Beneficios del Estado (SNAP, TANF, etc.) \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual																										
	¿Cuál es el saldo total en sus cuentas corriente y de ahorro, certificados de depósito o cuentas de valores? \$ _____																													
	*¿Tiene alguna cuenta de jubilación individual? (IRA, 401(k), 403 (b), Keogh)? ☐ No ☐ Sí (Yes): el valor actual es de: \$ _____																													
¿Posee automóvil(es)? ☐ No ☐ Sí (Yes) En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación:																														
<table><tr><th>Año</th><th>Marca</th><th>Modelo</th><th>Valor</th><th>Pago mensual</th><th>Saldo vencido</th></tr><tr><td>1.</td><td></td><td></td><td>\$</td><td>\$</td><td>\$</td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td><td>\$</td><td>\$</td><td>\$</td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td><td>\$</td><td>\$</td><td>\$</td></tr></table>						Año	Marca	Modelo	Valor	Pago mensual	Saldo vencido	1.			\$	\$	\$	2.			\$	\$	\$	3.			\$	\$	\$	
Año	Marca	Modelo	Valor	Pago mensual	Saldo vencido																									
1.			\$	\$	\$																									
2.			\$	\$	\$																									
3.			\$	\$	\$																									
¿Recibe ingresos de intereses, dividendos o inversiones? ☐ No ☐ Sí (Yes): el monto total es: \$ _____																														
*Usted: ☐ Alquila su vivienda: Pago/alquiler mensual \$ _____ ☐ Es propietario de su vivienda: Valor actual \$ _____ ☐ No alquila ni es propietario: ¿En dónde y con quién vive? _____																														
Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que Inova exigirá una prueba de ingresos y de residencia, y autorizo a Inova a solicitar y divulgar a cualquier entidad afiliada o a terceros cualquier información necesaria para llevar a cabo el proceso de solicitud. Solicitaré y llevaré a cabo cualquier medida razonablemente necesaria para obtener ayuda para el pago y asignaré o pagaré el monto reembolsado a Inova. Si se demuestra que cualquier información que haya proporcionado es falsa, comprendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier medida que sea apropiada.																														
Solicitante (firma):		Solicitante (nombre en letra de imprenta):		Fecha:	Hora:																									

Apéndice A

Directrices federales de pobreza, 2026

Tamaño de la familia	100%	250%	400%
1	\$15,960	\$39,900	\$63,840
2	\$21,640	\$54,100	\$86,560
3	\$27,320	\$68,300	\$109,280
4	\$33,000	\$82,500	\$132,000
5	\$38,680	\$96,700	\$154,720
6	\$44,360	\$110,900	\$177,440
7	\$50,040	\$125,100	\$200,160
8	\$55,720	\$139,300	\$222,880
9	\$61,400	\$153,500	\$245,600
10	\$67,080	\$167,700	\$268,320

Apéndice C

Lista de verificación de la documentación requerida para recibir asistencia financiera

Además de completar la solicitud para recibir asistencia financiera de Inova, deberá proporcionar prueba de sus ingresos y residencia de la siguiente lista de opciones que cumplirán los requisitos de la política de asistencia financiera de Inova.

Por favor, tenga en cuenta que su solicitud debe presentarse dentro de un plazo de 365 días a partir de la fecha de la primera declaración para que sea admisible para su revisión y reciba una decisión.

Requisito de ingreso individual/familiar	Requisito de residencia
También se requiere la documentación sobre ingresos de su cónyuge o pareja si vive con usted. Debe incluir uno (1) de los siguientes elementos de la lista que figura a continuación:	Se requiere prueba de que reside en Virginia durante 30 días antes de recibir cualquier servicio en Inova. Debe incluir uno (1) de los siguientes elementos de la lista que figura a continuación:
Declaración de impuestos federales más reciente: - Por favor, envíe la documentación completa de la declaración de impuestos con fecha y firma. - No se aceptará entre enero y abril; en su lugar, deberá presentar los dos recibos de pago de salario más recientes.	Licencia de conducir o tarjeta de identificación válida emitida por Virginia, tarjeta de registro de votante de Virginia, registros del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV, por sus siglas en inglés) de Virginia: El documento deberá haber sido emitido al menos 30 días antes de la fecha del servicio.
Dos recibos de pago de salario más recientes: Los recibos de pago deben mostrar el ingreso bruto antes de las deducciones, la fecha del período de pago y las ganancias del año hasta la fecha.	Declaración de impuestos federales más reciente: Por favor, envíe la documentación completa de la declaración de impuestos con fecha y firma.
Verificación notarial de empleo: - Si no dispone de la declaración de impuestos o los recibos de pago de salario, el empleador puede completar este formulario/carta. - Descargar en www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance	Factura de servicio público o estado de cuenta bancaria: - El documento debe reflejar el nombre y la dirección actual del solicitante. - El documento debe haber sido emitido o fechado al menos 30 días antes de la fecha del servicio en Inova.
Verificación notarial de apoyo: - El formulario está diseñado para pacientes sin empleo que reciben ayuda de familiares, amigos u otras personas. - La persona (familia/amigo/otro) que ayuda con los gastos de vivienda, comida o manutención debe completar el formulario. <i>Este documento no le asigna a la persona que completa el formulario ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera.</i> - Se solicitará la declaración de impuestos de las personas que viven en la misma unidad familiar para determinar si el paciente se declara como dependiente. - Si ha perdido su empleo recientemente, por favor, proporcione también la documentación del lugar de su último empleo. - Descargar en: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance	Verificación notarial de residencia: - El arrendador/propietario debe completar el formulario. - Descargar en: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
Verificación notarial de autodeclaración: - Destinada a pacientes que solo trabajan como jornaleros, inmigrantes/trabajadores por temporada, que reciben propinas como ingresos o que están desempleados y no reciben ayuda de familiares/amigos/otros para alojamiento, comida o gastos de manutención. - Si ha perdido su empleo recientemente, por favor, proporcione también la documentación del lugar de su último empleo. - Descargar en: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance	Expedientes escolares: - Los documentos deben reflejar el nombre del niño, el nombre de la escuela y la dirección actual. - La escuela debe estar acreditada por un estado, jurisdicción o territorio de los Estados Unidos. - Esto puede incluir un expediente académico, un formulario de atención de emergencia, una carta u otra documentación que se pueda solicitar en la escuela o descargar de un portal virtual.
Otra documentación relacionada con los ingresos que puede solicitarse incluye (entre otros)*: Carta de beneficios del Seguro Social, pensión, ingresos por jubilación, beneficios de sobreviviente, beneficios de desempleo, programa de asistencia gubernamental, carta de beneficios de asistencia pública, intereses, dividendos, regalías, ingresos por herencia/fideicomiso, documentación de ayuda económica para la educación/matriculación, documentación de pensión alimenticia/manutención de niños, verificación de estado diplomático en papel membretado de la embajada, verificación de ingresos de terceros (arrendamiento de vivienda, solicitud de compra, arrendamiento de automóvil, solicitud de préstamo, etc.), formulario I20 (estudiantes internacionales), certificado de nacimiento del niño, carta de circunstancias. *Por favor, llame al equipo para obtener más información: 571-472-5880.	Otra documentación relacionada con la residencia que puede solicitarse incluye (entre otros)*: Contrato de arrendamiento, 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, formulario de certificado de inscripción escolar del Departamento de Educación de Virginia, documento de certificación de residencia de inmigración, formulario W2. *Por favor, llame al equipo para obtener más información: 571-472-5880.

IMPORTANTE: El hecho de no presentar la solicitud firmada y fechada, así como la documentación necesaria para justificar los ingresos individuales/familiares y la residencia, dará como resultado el RECHAZO de su solicitud. Si se le deniega la asistencia financiera, el saldo pendiente seguirá siendo responsabilidad del paciente, y recibirá estados de cuenta como paciente de Inova por el monto adeudado.

Por favor, permítanos 30 días para que nuestro equipo revise y determine su elegibilidad para la asistencia financiera. Durante este período se podrá solicitar y presentar documentación adicional. Se le enviará una carta de resolución por correo certificado o estará visible en MyChart dentro de ese plazo de 30 días definido en los Requisitos de la Política de Asistencia Financiera de Inova.

Si tiene preguntas, llame al equipo de asistencia financiera de Inova: 571-472-5880.

Cómo presentar la solicitud de asistencia financiera completa y firmada incluidos los comprobantes de ingreso y residencia

MyChart

Cargue en MyChart la solicitud completa y firmada y toda la documentación necesaria sobre residencia e ingresos:

Inicie sesión o cree una cuenta en MyChart: <https://mychart.inova.org/mychart>

1. Una vez iniciada la sesión, vaya al menú situado en la esquina superior izquierda de la pantalla de inicio.
2. Desplácese hacia abajo hasta la categoría “*Billing*” (Facturación) y seleccione “*Financial Assistance*” (Asistencia financiera).
3. Complete cada pantalla y cargue una solicitud completa y firmada, así como la documentación sobre sus ingresos y residencia que se le solicite en el orden indicado.
4. Una vez que se hayan cargado todos los documentos y rellenado los campos correspondientes en cada pantalla, haga clic en “*Submit*” (Enviar).

El equipo de tramitación iniciará entonces la revisión de su caso y le comunicará el estado de su envío y la decisión de aprobación o denegación, o la solicitud de documentación adicional si fuera necesaria.

Correo postal

Envíe por correo la solicitud completa y firmada y toda la documentación necesaria sobre residencia e ingresos a:

Inova Patient Financial Services
Attn: Rev Cycle Financial Assistance Department
8095 Innovation Park Drive
Fairfax, VA 22031

Este establecimiento no acepta pacientes sin cita previa

Fax:

Envíe por fax la solicitud completa y firmada y toda la documentación necesaria sobre residencia e ingresos a:

N.º de fax: 571-665-6895
Attn: Rev Cycle Financial Assistance Department

Entrega en persona

Entregue su solicitud completa y firmada y toda la documentación necesaria sobre residencia e ingresos en la siguiente dirección:

Inova Partnership for Healthier Communities
2700 Prosperity Ave., #280
Fairfax, VA 22031

7617 Little River Turnpike, Suite 850
Annandale, VA 22003

Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

(Asistencia en persona disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 12:00 p. m.)