



# Mary Washington Healthcare

**FAVOR ENVIAR POR CORREO ESTA  
FORMA A:**

MARY WASHINGTON HOSPITAL  
ATTN: FINANCIAL COUNSELING  
1001 SAM PERRY BOULEVARD  
FREDERICKSBURG VA 22401

Si tiene preguntas favor de llamar a  
(855) 330-4857 or (540) 741-1041

## APLICACION DE AYUDA FINANCIERA

Complete la Informacion Abajo: **(Todas las preguntas DEBEN ser contestadas)**

NOMBRE DEL PACIENTE:		NUMERO SEGURO SOCIAL:	
DIRECCION CALLE:		FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO TEL:
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:		NUMERO DE EXPEDIENTE MEDICO:	
ESTADO MARITAL: (MARQUE UNO) SEPARADO(A)                      VIUDO(A)		SOLTERO(A)	CASADO(A)                      DIVORCIADO(A)
CIUDADANO USA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		RESIDENTE DE VIRGINIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Visita relacionada con: Resultado de Crimen? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Accidente de Auto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Accidente de Trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
(Negacion de terceras partes deben de proveerse antes de revisar su aplicacion.)			

### PARTE I Informacion Familiar:

MIEMBROS DEFAMILIA – INCLUYA USTED, CONYUGE, NINOS MENORES DE 18	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON PACIENTE	TRABAJO ACTUAL Y FECHAS DE TRABAJO (SI ES ESTUDIANTE ESCRIBA NOMBRE DE ESCUELA Y FECHAS)	NO. TELEFONO DE EMPLEADOR

**CONTINUE EN LA PROXIMA PAGINA**

**PARTE II Elegibilidad**

**Presuntiva:**

**ALGUIEN EN LA PARTE I RECIBE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES AYUDAS? De ser asi puede calificar bajo la clausula de elegibilidad presuntiva.. FAVOR DE MARCAR TODAS LAS QUE APLICAN Y ADJUNTE CARTA DE APROBACION. Si marca cualquiera de lo siguiente vaya directo a la parte VII.**

- Almuerzo escolar gratis/reducido
- Estampillas de alimento/SNAP
- Ayuda General
- Ayuda de Vivienda (Seccion 8/HUD)
- Albergue/Clinica Deambulante
- Paciente de: Clinica Moss, Clinica Guadalupe, Centro de Salud Cristiano de Fredericksburg o Centro de Salud de la Comunidad
- TANF
- WIC

**PARTE III Ingreso Familiar**

Escriba la cantidad de ingreso de todos los miembros familiares en su hogar. Se le puede requerir que muestre prueba de ingreso, gastos, y bienes. Si no tiene ingresos provea una carta de ayuda de la persona que le provee casa y comida.

	Cantidad Mensual
Empleo	_____
Retiro/beneficios de pension	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Beneficios de Incapacidad	_____
Beneficios de Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Manutencion de ninos o conyuges	_____
Ingresos de propiedad alquilada	_____
Beneficios de Huelga	_____
Asistencia Educacional (Becas/subsidios, etc.)	_____
Asignacion Militar	_____
Finca o trabajo propio	_____
Otros ingresos	_____
<b>Total</b>	_____

\*SI ESTA DESEMPLEADO, PROVEA FECHA DE TERMINACION \_\_\_\_\_  
APLICO PARA DESEMPLEO? **SI / NO**

**Si no escribio ningun ingreso, como esta pagando por sus gastos? Provea prueba por favor.**

---



---



---



---



---

**PARTE IV Activos Liquidos**

Incluya nombre de banco.

Nombre de Banco/Balance Actual

Cuenta(s) de Cheques: \_\_\_\_\_

Cuenta(s) de Ahorros: \_\_\_\_\_

Acciones, bonos, CDs, Mercado de dinero: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

**PARTE V Otros Bienes**

Si es dueño de lo siguiente, escriba el tipo y valor aproximado.

**Bienes Raices: Si/No**

Direccion:	Estatus de Residencia	Valor Justo de Mercado:	Cantidad Adeudada:
	<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Dueño		
	<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Dueño		
	<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Dueño		

**Propiedad Personal: Si/No ESCRIBA TODO AUTOS, BOTES, CAMIONES, MOTORAS, VEICULOS DE ACAMPAR, CASAS MOVILES, ETC.**

Articulo:	Modelo/Marca	Año:	Cantidad Adeudada: \$	Valor: \$

**PARTE VI Gastos Mensuales**

Cantidad Mensual

Renta o Hipoteca	_____
Utilidades	_____
Pago(s) de Auto	_____
Tarjeta(s) de Credito	_____
Seguro de Salud o Vida	_____
Seguro de Auto/Dueños/Arrendador	_____
Cuido de Niños	_____
Manutención de Niños o Conyuge	_____
Alimento	_____
Gas	_____
Otros Gastos Medicos (medicinas, etc.)	_____
Otros:	_____
	_____
<b>Total</b>	_____

**PARTE VII Elegibilidad para Seguros**

Favor de marcar abajo la contestacion correcta para cada una

Mi empleador NO ofrece cobertura para seguro de salud	SI	NO
NO soy eligible para cobertura de salud en mi trabajo o en el trabajo de mi esposo(a)	SI	NO
He sido denegado o no soy elegible para Medicaid	SI	NO

**Si contesto NO a cualquiera de estas preguntas, explique porque:**

---



---



---

**PARTE VIII Autorizacion**

DECLARACION: LA INFORMACION ARRIBA PROVISTA, ES DE ACUERDO A MI CONOCIMIENTO COMPLETA, CORRECTA Y VERDADERA. SI EN ALGUN MOMENTO SE DETERMINA QUE LA INFORMACION PROVISTA ES FALSA O INCORRECTA, TODA AYUDA FINANCIERA SERA REVOCADA Y ACEPTARE RESPONSABILIDAD DE PAGO COMPLETO E IMMEDIATO DE TODO BALANCE QUE NO SE HAYA PAGADO. TAMBIEN ACEPTO RESPONSABILIDAD DE CUALQUIER CANTIDAD QUE SE DEBA DESPUES QUE SE HAYAN APLICADO DESCUENTOS Y AYUDA FINANCIERA PARCIAL.

AUTORIZO LA DIVULGACION DE TODA INFORMACION QUE MWHC NECESITE PARA DETERMINAR SI CALIFICO PARA AYUDA FINANCIERA MEDIANTE LA POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MWHC, PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS O CUALQUIER OTRO PROGRAMA FEDERAL O ESTATAL DE AYUDA MEDICA, INCLUYENDO EL OBTENER UN REPORTE DE LA OFICINA DE CREDITO, VERIFICACION DE MI SALARIO O EMPLEO, BALANCE DE CUALQUIER CUENTA DE BANCO QUE TENGO, EL VALOR EN EFECTIVO DE CUALQUIER POLISA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE POSEO AL IGUAL QUE EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL O BIENES RAICES QUE POSEO QUE ESTOY COMPRANDO.

DOY PERMISO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES A QUE PROVEA INFORMACION DE BENEFICIOS QUE SE REQUIERA PARA EVALUAR MI ELIGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA EN MWHC. SI SOY REFERIDO(A) A UN PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA FEDERALES O ESTATALES, AUTORIZO A MWHC A DIVULGAR Y OBTENER TODA INFORMACION NECESARIA PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA ESE FONDO.

**SE REQUIERE FIRMA**

FIRMA DE APLICANTE:	FECHA:
FIRMA DE CONYUGE:	FECHA:

Los siguientes grupos de medicos y sus proveedores han acordado proveer el mismo nivel de asistencia financiera a pacientes cuando el paciente cumple el criterio de asistencia financiera para la factura del hospital. Los pacientes tendran que contactar los respectivos grupos de medicos y proveer copia de la carta de aprobacion de asistencia financiera de MWHC.

- American Anesthesiology Associates of Virginia Phone 888-280-9533/Fax 919-873-9821
- Fredericksburg Emergency Medical Services 540-741-1167
- Fredericksburg Hospitalist Group 540-741-3340
- Pathology Associates of Fredericksburg 540-741-1168
- Radiology Associates of Fredericksburg 540-741-1571