



Mary Washington Healthcare

Apreciado Paciente,

Gracias por confiar su atención médica a Mary Washington Healthcare. Nuestra misión es mejorar la salud de las personas en las comunidades que servimos. Hemos cuidado de nuestros pacientes por más de 120 años sin importar su capacidad para pagar, y creemos que la preocupación por el costo nunca debería de ser una barrera para obtener el cuidado que usted requiere. Si necesita ayuda para el pago de sus facturas médicas, estamos aquí para ayudarle. Mary Washington Healthcare ofrece ayuda financiera a los pacientes que reúnan los requisitos necesarios. Para saber si reúne los requisitos, siga los siguientes pasos:

1. Si no tiene seguro médico, llame al teléfono 1.855.242.8282 o visite la página web:
<https://coverva.org/apply> para solicitar beneficios de parte de Medicaid o FAMIS.
2. Complete y firme el formulario adjunto de solicitud de ayuda financiera de todos los miembros de su familia.
3. Adjunte copias de los siguientes documentos:
 - Dos recibos de pago de su salario recientes y de su esposo-a o compañero.
 - Su última Declaración de Renta Federal y la de su esposo-a o compañero-a.
 - Prueba de ingresos de toda clase de parte de sus familiares. *(Todo aquello que tenga que ver con usted).*
 - Two most recent bank statements
 - Unemployment income
 - Retirement
 - Disability determination
 - Child support or alimony
 - Social Security

**If you do not have proof of income, please provide a notarized letter of support demonstrating how you are paying for your living expenses. This letter should be from a family member, friend, or organization that supports your living needs.*

- Verificación de un programa de ayuda federal (SNAP/etampillas de comida, WIC, TANF, ayuda con la vivienda, clínica para desamparados, almuerzo escolar gratuito o con descuento).
- Copia (frente y lado reverso) de tarjetas del seguro médico si tiene cobertura.
- Si la visita médica fue debido a un accidente automovilístico incluya copia de la carta de negativa del seguro de automóvil.
- Si la visita médica se debió a un accidente de trabajo incluya la carta de negación del seguro médico de trabajo.

El formulario de solicitud de ayuda financiera debe ser enviado a:

Mary Washington Healthcare
Attn: PATIENT ACCESS (Financial Counseling)
1001 Sam Perry Boulevard
Fredericksburg, VA 22401

Después de revisar su solicitud, encontraremos el programa que más se ajuste a sus requisitos y le enviaremos una carta detallando las opciones disponibles para usted. Si requiere de ayuda para completar la solicitud o si tiene preguntas, por favor no dude en llamar al teléfono 540.741.1041 (marque la opción 5) o 800.395.2455 para comunicarse con nuestros consejeros financieros. Nuestros consejeros financieros están disponibles de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. – 4:30 p.m.



Mary Washington Healthcare

SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

Nombre del Paciente: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre:
Nombre de la Calle:	Fecha de Nacimiento del Paciente:	Número del Seguro Social del Paciente:
Ciudad, Estado y Código Postal:	Número de Teléfono del Paciente:	

Estado Civil: (Marque Uno): Soltero-a Casado-a Divorciado-a Separado-a Viudo-a

Visita relacionada con (Marque Uno): Accidente Automovilístico: Si No Accidente de Trabajo: Si No

¿Es usted Ciudadano-a de USA? Si No ¿Es usted residente de Virginia? Si. Si marco Si, # de años No

Información del Empleador

Nombre de la Compañía:	Número de Teléfono:
------------------------	---------------------

* Si está desempleado, escriba la fecha de terminación _____ ¿Ha solicitado Subsidio por desempleo? Si No

Información Familiar y Numero de familiares :

Nombres de los familiares	Relación	Fecha de Nacimiento	Ultimos 4 Números delSS	Empleador/Escuela	Fechas de Empleo

¿Alguno de los familiares descritos arriba recibe la siguiente clase de ayuda? Si es así, usted podría cumplir los requisitos bajo nuestra cláusula de idoneidad. Por favor marque todas las casillas correspondientes e incluya una copia de la carta de confirmación.

<input type="checkbox"/> Almuerzo Escolar Gratis/Dcto	<input type="checkbox"/> Estampillas canjeables por comida/SNAP	Paciente de:
<input type="checkbox"/> Ayuda General	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Clínica Gratuita Lloyd F. Moss
<input type="checkbox"/> Hogar para desamparados/Clinica	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Clínica Gratuita Guadalupe
<input type="checkbox"/> Ayuda de Vivienda (Sección 8/HUD)	<input type="checkbox"/> Centro Cristiano de Salud de Fredericksburg	<input type="checkbox"/> Clínica Comunitaria Living Water
		<input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario

¿Cuáles son los Valores y Fuentes de Ingreso Familiar? (Incluya el ingreso por paciente/esposo-a y padres, si se trata de un menor de edad)

Clase de Ingreso	Valor	Frecuencia	Clase de Ingreso	Valor	Frecuencia
Sueldo	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso de Seguro Suplementario	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Otros Ingresos	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Trabajo Estudiantil/ Préstamo estudiantil/Becas	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Ayuda General	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Subsidio Federal	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Manutención/Pensión Alimenticia	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Otro	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Seguro Social/ Incapacidad SSI	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Si no incluyó ingresos, ¿cómo paga por sus gastos básicos? <i>Por favor incluya una carta notariada de apoyo financiero.</i>		
Ayuda a hijos menores de edad	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual			
Ingreso por Desempleo	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual			



Mary Washington Healthcare

¿Cuál es el balance TOTAL de su cuenta corriente, cuenta de ahorros y/o certificados de depósito? _____		Total de gastos mensuales: _____			
¿Tiene alguna cuenta individual de retiro? (IRA, 401(k), 401(b))		<input type="checkbox"/> Si: El valor actual es: _____ <input type="checkbox"/> No			
¿Es propietario o cuenta con finca raíz en alquiler? <input type="checkbox"/> Si. Si la respuesta es Si, por favor complete lo siguiente. <input type="checkbox"/> No					
Dirección:	Situación de la Residencia	Valor justo de Mercado:	Pago Mensual:		
	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propietario	\$	\$		
	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propietario	\$	\$		
	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propietario	\$	\$		
¿Es propietario de automóviles(s)? <input type="checkbox"/> Si. Si la respuesta es Si, por favor complete lo siguiente. <input type="checkbox"/> No					
Año	Marca	Modelo	Valor:	Pago:	Balance:
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
Requisitos para la obtención de Seguro Médico: Por favor marque su respuesta a cada una de las siguientes preguntas.					
¿Su compañía ofrece seguro médico?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Califica usted para un seguro médico por parte de su compañía o la de su esposo-a?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se le ha negado o no ha cumplido con los requisitos necesarios para Medicaid? Si marco Si, adjunte carta de la negativa.				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Yo certifico que la información provista arriba es verdadera y correcta a mi buen saber y entender. Entiendo que el Hospital requerirá de PRUEBAS DE INGRESO (*estados bancarios, declaraciones de renta, recibos de pago por sueldos, determinación de incapacidad, reporte de crédito, etc.*) y yo autorizo a la Oficina de Crédito y/o a las Agencias de Servicios Sociales para que revelen la información necesaria para completar el proceso de solicitud. Además, yo solicitaré cualquier clase de ayuda (*Medicaid, Medicare, seguros, etc.*) los cuales pueden estar disponibles para pagar por mi gastos hospitalarios. Tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha ayuda y asignaré o pagaré al hospital cualquier cantidad recuperada por cargos hospitalarios. Si cualquiera de la información provista por mi resulta ser falsa, yo entiendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier acción que considere apropiada.

Para mantener su solicitud activa, por favor incluya la documentación requerida dentro de los siguientes treinta (30) días.

Firma del Solicitante :	Fecha:
Firma del Esposo-a/Compañero-a :	Fecha:

POR FAVOR DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO DEBIDAMENTE COMPLETO A:

Mary Washington Hospital
 Attn: Patient Access (Financial Counseling)
 1001 Sam Perry Blvd
 Fredericksburg, VA 22401

Si tiene preguntas por favor llame al teléfono: **800.395.2455 o al 540.741.1041.**