

PARTE II Elegibilidad presunta:

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LA PARTE I RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE ASISTENCIA? De ser así, usted puede reunir los requisitos de acuerdo con nuestra cláusula de elegibilidad presunta. MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN Y ADJUNTE UNA COPIA DE LA CARTA DE OTORGAMIENTO.

- Almuerzo escolar gratuito/a precio reducido
- Estampillas para alimentos/SNAP
- Programa General Relief
- Asistencia para vivienda (Artículo 8/HUD)
- Refugio/Clinica para personas sin hogar

- Paciente de: Moss Free Clinic, Guadalupe Clinic, Fredericksburg Christian Health Center o Community Health Center
- TANF
- WIC

PARTE III Ingreso familiar

Enumere los montos del ingreso mensual de la familia en su hogar proveniente de TODAS las fuentes. Es posible que se le solicite constancia de sus ingresos, activos y gastos. Si usted no tiene ingresos, proporcione una carta de apoyo de la persona que le brinda vivienda y comidas.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de retiro/pensión	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Manutención de hijos o pensión alimentaria	_____
Ingreso por arriendo de propiedades	_____
Beneficios por huelga	_____
Asistencia educativa para gastos diarios	_____
Asignación militar	_____
Trabajador de granja o independiente	_____
Otras fuentes de ingreso	_____
	Total

*SI USTED ES DESEMPLEADO, PROPORCIONE LA FECHA EN LA CUAL FINALIZÓ EL EMPLEO _____

¿PRESENTÓ UNA SOLICITUD POR DESEMPLEO? SÍ / NO

Si no ha enumerado ningún ingreso, ¿cómo paga sus gastos? Proporcione constancia.

PARTE IV Activos líquidos

Incluya el nombre del banco.

Nombre del banco/Saldo actual

Cuenta(s) corriente(s): _____

Cuenta(s) de ahorro: _____

Acciones, bonos, CD o mercado de dinero: _____

Otro: _____

TOTAL: _____

PARTE V Otros activos

Si usted es propietario de alguno de los siguientes, enumere el tipo y su valor aproximado.

Propiedad inmueble: Sí/No

Dirección:	Estado de residencia	Valor justo de mercado:	Monto adeudado:
	<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Propia		
	<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Propia		
	<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Propia		

Bienes personales: Sí/No ENUMERE TODOS LOS AUTOMÓVILES, EMBARCACIONES, CAMIONETAS, MOTOCICLETAS, CASAS RODANTES, CASAS MÓVILES, ETC.

Artículo:	Marca Modelo	Año:	Monto adeudado: \$	Valor: \$

PARTE VI Gastos mensuales

	Monto mensual
Renta o hipoteca	_____
Servicios	_____
Pago(s) de automóvil	_____
Tarjeta(s) de crédito	_____
Seguro de salud o de vida	_____
Seguro de automóvil/de vivienda/de inquilino	_____
Cuidado infantil	_____
Manutención de hijos o pensión alimentaria	_____
Alimentos	_____
Combustible	_____
Otros gastos médicos (medicamentos, etc.)	_____
Otro:	_____
Total	_____

PARTE VII Elegibilidad para el seguro

Marque con un círculo la respuesta correcta para cada afirmación que aparece a continuación

Mi empleador NO ofrece cobertura de seguro de salud	SÍ	NO
NO soy elegible para recibir cobertura de seguro de salud a través de mi empleo ni del empleo de mi cónyuge	SÍ	NO
Según una evaluación que me realizaron, no soy elegible o se me denegó Medicaid	SÍ	NO

Si su respuesta fue NO a alguna de las afirmaciones anteriores, explique por qué:

PARTE VIII Autorización

DECLARACIÓN: LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO MÁS ARRIBA ES COMPLETA, PRECISA Y VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. SI EN CUALQUIER MOMENTO SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN QUE YO PROPORCIONÉ ES FALSA O IMPRECISA, SE ANULARÁ TODA LA ASISTENCIA FINANCIERA Y YO ACEPTARÉ LA RESPONSABILIDAD POR EL PAGO TOTAL E INMEDIATO DE CUALQUIER SALDO PENDIENTE. TAMBIÉN ACUERDO ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD DE PAGO POR CUALQUIER SUMA ADEUDADA DESPUÉS DE QUE SE HAYAN APLICADO LOS DESCUENTOS PARCIALES DE ASISTENCIA FINANCIERA.

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN QUE MWHC PUEDA NECESITAR PARA DETERMINAR SI REÚNO LOS REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA A TRAVÉS DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MWHC, CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS PATROCINADO POR UN FABRICANTE DE MEDICAMENTOS O CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FEDERAL O FINANCIADO POR EL ESTADO, LO QUE INCLUYE OBTENER UN INFORME DE UNA AGENCIA CALIFICADORA DE CRÉDITO, LA VERIFICACIÓN DE MI SALARIO O EMPLEO, EL SALDO DE CUALQUIER CUENTA BANCARIA QUE PUEDA TENER, EL VALOR EN EFECTIVO DE CUALQUIER PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE YO POSEA, ASÍ COMO TAMBIÉN EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD INMUEBLE O BIEN PERSONAL QUE YO POSEA O QUE ESTÉ COMPRANDO.

DOY PERMISO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA BRINDAR LA INFORMACIÓN DE BENEFICIOS REQUERIDA PARA EVALUAR MI ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA DE MWHC. EN CASO DE QUE SEA DERIVADO A UN PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FEDERAL O FINANCIADO POR EL ESTADO, AUTORIZO A MWHC A DIVULGAR Y OBTENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR DICHS FONDOS.

LA FIRMA ES OBLIGATORIA

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
FIRMA DEL CÓNYPUGE:	FECHA:

Los siguientes Grupos de Médicos y sus Proveedores han acordado brindarles el mismo nivel de asistencia financiera a los pacientes cuando el paciente cumple con los criterios de asistencia financiera de MWHC para pagar su factura del hospital. Los pacientes deberán comunicarse con sus respectivos Grupos de Médicos y proporcionarles una copia de la carta de aprobación de la Asistencia Financiera de MWHC.

- American Anesthesiology Associates of Virginia
- Fredericksburg Emergency Medical Alliance
- Mary Washington Healthcare Hospitalist Group
- Pathology Associates of Fredericksburg
- Radiology Associates of Fredericksburg