

PART III – Ingreso Familiar

Enumere la cantidad total de su ingreso mensual familiar procedente de TODA fuente. Es posible que le sean exigidas pruebas de ingreso, propiedades y gastos. Si no tiene ingresos, por favor provea una carta de apoyo de parte de la persona que le está proporcionando hospedaje y alimentación.

	Cantidad Mensual
Empleo	_____
Beneficios por pension/jubilación	_____
Beneficio del Seguro Social	_____
Beneficios por incapacidad	_____
Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Pensión alimenticia/manutención de menores	_____
Ingreso por propiedades en alquiler	_____
Beneficios por huelga	_____
Ayudas educativas para gastos básicos	_____
Cuota militar	_____
Granja o auto-empleo	_____
Ingresos de otra fuente	_____
	Total

*SI SE ENCUENTRA DESEMPLEADO, ESCRIBA LA FECHA EN QUE TERMINÓ SU EMPLEO _____. ¿HA SOLICITADO BENEFICIOS POR DESEMPLEO? **SI / NO**

Si no anotó alguna clase de ingresos, ¿cómo está cubriendo sus gastos? Por favor adjunte una prueba.

PARTE IV – Activos Líquidos

Por favor escriba el nombre del banco.	Nombre del Banco / Balance actual
Cuenta-s corriente-s:	_____
Cuenta-s de ahorros:	_____
Acciones, Bonos, Certificados de Depósito-CD, o Mercado de Valores:	_____

Otros:	_____
TOTAL:	_____

PARTE V – Otros Activos

Si es propietario de alguno de los siguientes artículos, por favor enumérelos y anote su valor aproximado.

Finca Raíz: Si/No

Dirección:	Estado de la residencia	Valor justo en el mercado:	Cantidad adeudada:
	<input type="checkbox"/> En proceso de compra <input type="checkbox"/> Propia		
	<input type="checkbox"/> En proceso de compra <input type="checkbox"/> Propia		
	<input type="checkbox"/> En proceso de compra <input type="checkbox"/> Propia		

Bienes Muebles: Si/No ENUMERE TODOS LOS AUTOMOVILES, EMBARCACIONES, MOTOCICLETAS, REMOLQUES, CASAS MOBILES, ETC.

Artículo:	Modelo	Año:	Cantidad adeudada: \$	Valor: \$

PARTE VI – Gastos Mensuales

	Valor Mensual
Renta o Hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pagos por automóviles	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro médico o Seguro de vida	_____
Seguro de automóviles, sobre propiedades, por renta	_____
Cuidado de menores	_____
Pension alimenticia/ Mantenimiento	_____
Alimentación	_____
Gas	_____
Otros gastos médicos (medicinas, etc.)	_____
Otros:	_____

Total	_____

PARTE VII – Seguro Médico

Por favor encierre en un círculo la respuesta correcta a cada una de las siguientes preguntas:

Mi empleador NO me ofrece cobertura de seguro médico	SI	NO
Yo NO califico para cobertura de seguro médico por parte de mi empleador o el de mi cónyuge	SI	NO
Se me ha declarado no electivo o se me ha negado Medicaid	SI	NO

Si contesto NO a algunas de las preguntas anteriores, por favor explique la razón:

PARTE VIII - Autorización

DECLARACION: LA INFORMACION PROVISTA ARRIBA ES, A MI BUEN SABER Y ENTENDER, COMPLETA, FIEL Y VERDADERA. SI EN CUALQUIER MOMENTO SE LLEGASE A DETERMINAR QUE LA INFORMACION PROVISTA POR MI ES FALSA O INEXACTA, TODA CLASE DE AYUDA FINANCIERA SERA REVOCADA, Y YO ACEPTARE RESPONSABILIDAD POR EL PAGO TOTAL E INMEDIATO DE CUALQUIERA Y TODOS LOS SALDOS PENDIENTES A MI HABER. TAMBIEN ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE CUALQUIER CANTIDAD ADEUDADA DESPUES DE SER APLICADO CUALQUIER DESCUENTO PARCIAL POR AYUDA FINANCIERA.

YO AUTORIZO LA PUBLICACION DE TODA INFORMACION QUE MWHC PUEDA NECESITAR PARA DETERMINAR SI CALIFICO PARA AYUDA FINANCIERA A TRAVES DE LA POLITICA FINANCIERA DE MWHC, CUALQUIER PROGRAMA DE AYUDA DE MEDICINAS PATROCINADA POR LABORATORIOS MEDICOS O CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA FEDERAL O ESTATAL, INCLUYENDO LA VERIFICACION DE MI REPORTE DE CREDITO DE PARTE DE LA OFICINA DE REPORTES FINANCIEROS, VERIFICACION DE MI SALARIO O JORNAL, EL BALANCE DE CUALQUIER CUENTA BANCARIA A MI HABER, EL VALOR DE CUALQUIER POLIZA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE TENGA A MI HABER, ASI COMO TAMBIEN EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD RAIZ O PERSONAL DE MI PROPIEDAD O QUE TENGA EN PLAN DE COMPRA.

AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA QUE PROPORCIONE A MWHC LA INFORMACION DE MIS BENEFICIOS REQUERIDA PARA LA EVALUACION DE MI SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA. SI FUESE REFERIDO A UN PROGRAMA DE AYUDA MEDICA FEDERAL O ESTATAL, AUTORIZO A MWHC PARA QUE PUBLIQUE Y OBTENGA TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA DETERMINAR MI CALIFICACION PARA TAL PROGRAMA.

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
FIRMA DEL CONYUGE:	FECHA:

Los siguientes Grupos Médicos y sus proveedores están de acuerdo en proveer el mismo nivel de ayuda financiera a los pacientes que reúnan los requisitos requeridos para ayuda financiera de MWHC para sus facturas por costo de hospital. Los pacientes deberán contactar a los Grupos Médicos respectivos y deberán proveerles una copia de la carta de aprobación de ayuda financiera de MWHC.

- American Anesthesiology Associates of Virginia 1-888-280-9533
- Fredericksburg Emergency Medical Alliance 1-866-898-7138
- Sound Physicians 1-844-222-5808
- Pathology Associates of Fredericksburg -800-849-8085
- Radiology Associates of Fredericksburg 1-866-953-5869