



001FIN



POR FAVOR ENVÍE POR CORREO EL  
FORMA COMPLETO A:  
ATTENTION VERIFICATION DEPT.  
BOX 800750  
CHARLOTTESVILLE, VA 22908-0750  
1-866-320-9659

## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

### PASO 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO: (TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS)

NOMBRE DEL PACIENTE:	SEGURO SOCIAL#:
DIRECCIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:	HISTORIA CLÍNICA #:
ESTADO CIVIL (CÍRCULO UNO):	SOLTERO      CASADO      SEPARADO      DIVORCIADO      VIUDO

### PASO 2: LLENE LA PARTE DE LA INFORMACION SOBRE INGRESOS Y BIENES: SÍ NECESITA MAS ESPACIO, POR FAVOR ADJUNTE UNA HOJA POR SEPARADO.

MIEMBROS DE LA FAMILIA- INCLUYA A USTED MISMO, ESPOSO, NIÑOS MENORES DE 18	EDAD	RELACIÓN AL PACIENTE	INGRESO BRUTO MENSUAL (ANTES DE IMPUESTOS) / SEGURO SOCIAL, ETC.:	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR

SI ESTÁ SIN TRABAJO, POR FAVOR INDIQUE LA FECHA DEL ULTIMO DÍA QUE TRABAJÓ \_\_\_\_\_. ¿USTED HA SOLICITADO EL DESEMPLEO? **SÍ / NO**  
 ¿SI NO HAY INGRESO DIVULGADA, USTED HA SOLICITADO INHABILIDAD? **SÍ / NO** ¿USTED PLANEA APLICAR? **SÍ / NO**  
 ¿CUALQUIER PERSONA EN SU CASA RECIBE CUALESQUIER DE LOS TIPOS SIGUIENTES DE AYUDA? (PROPORCIONE POR FAVOR LA PRUEBA DE LAS VENTAJAS RECIBIDAS) **SÍ / NO**  
 MEDICAID/SLH: **SÍ / NO** ASISTENCIA DE HOGAR (SECTION 8/ HUD): **SÍ / NO** ESTAMPILLAS DEL ALIMENTO: SI / NO CANTIDAD: \$ \_\_\_\_\_  
 AYUDA DEL NIÑO/TANF: **SÍ / NO** CANTIDAD: \$ \_\_\_\_\_ ALIVIO GENERAL SI / NO CANTIDAD: \$ \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS: **SÍ / NO** CANTIDAD: \$ \_\_\_\_\_

# DE CUENTA CORRIENTE (DE CHEQUES): <b>SÍ / NO</b> (ENCIERRE EN UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	SALDO: \$
# DE CUENTA DE AHORROS: <b>SÍ / NO</b> (ENCIERRE EN UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	SALDO: \$
ACCIONES, BONOS, IRA's, 401K (PLANO DE RETIRO), CD's, (CERTIFICADOS DE DEPOSITO), ETC. <b>SÍ / NO</b>	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	SALDO: \$

PROPIEDAD DE BIENES RAICES: **SÍ / NO** CIUDAD/CONDADO \_\_\_\_\_ RENTA / CASA PROPIA ÁREA EN ACRES: \_\_\_ PAGO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_  
 TIENE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA USTED O CUALQUIER DEPENDIENTE MAYOR DE 21 AÑOS CON UN VALOR CONVERTIBLE EN EFECTIVO POR MAS DE \$1,500? **SÍ / NO** (ENCIERRE EN UN CIRCULO)

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS:	POLIZA # :	VALOR CONVERTIBLE EN EFECTIVO: \$
-----------------------------------	------------	-----------------------------------

PROPIEDAD PERSONAL SUJETA A IMPUESTOS: **SÍ / NO** (ENCIERRE EN UN CIRCULO)  
 INDIQUE TODOS LOS CARROS, BOTES, CAMIONES, MOTOCICLETAS, CAMPER'S, CASAS RODANTES, ETC

ARTICULO:	MARCA Y MODELO:	AÑO:	PROPIETARIO:	MONTO QUE SE DEBE: \$	VALOR: \$

DECLARACION: La informacion dada en las lineas arriba es, a mi mejor saber y entender, completa, exacta y verdadera. Yo autorizo que se envíe al centro medico de la UVA toda informacion que se pueda necesitar para determinar si es que yo califico para recibir ayuda financiera, cualquier fabricante de la droga patrocino programa de la ayuda de la droga, o cualquier otro programa médico federal o estado financiado de la ayuda, incluyendo la verificación de mi sueldo o salario, el saldo de cualquiera de mis cuentas en el banco, el valor convertible en efectivo de cualquier poliza de seguro de vida, acciones o bonos que yo posea, así como tambien el valor de cualquier propiedad personal o de bienes raices a mi nombre o que yo este comprando. Si yo tendría que ser enviado a un programa de ayuda medica financiado por el estado o el gobierno federal, yo autorizo al centro medico de la UVA que se envíe y obtenga toda la informacion necesaria para determinar si soy elegible para esa financiacion.

#### \* FIRMA(S) REQUERIDAS

FIRMA DE SOLICITANTE:	FECHA:
FIRMA DEL ESPOSO(A) :	FECHA: