



001FIN



POR FAVOR ENVIE POR COREO EL FORMULARIO  
COMPLETO A: ATTENTION VERIFICATION DEPT  
BOX 800750  
CHARLOTTESVILLE, VA 22908-0750

El Peaje Libera 1 866 320 9659  
Local (434) 924 8718

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

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

NOMBRE DEL PACIENTE:	SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE: SEGURO SOCIAL DEL/LA ESPOSO(A):
DIRECCION:	FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:	HISTORIA CLINICA #:
ESTADO CIVIL (CÍRCULO UNO):      SOLTERO                      CASADO                      SEPARADO                      DIVORCIADO                      VIUDO	

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

MIEMBROS EL LA FAMILIA – INCLUYASE A USTED MISMO, ESPOSO, NIÑOS DEBAJO DE 18	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN AL PACIENTE	INGRESO BRUTO MENSUAL (ANTES DE IMPUESTOS)/ SEGURO SOCIAL #:	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELEFONO DEL EMPLEADOR

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

# DE CUENTA CORRIENTE (DE CHEQUES): <b>SI / NO</b> (ENCIERRE EN UN CIRCULO)	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	SALDO: \$
# DE CUENTA DE AHORROS: <b>SI / 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>SI / NO</b>	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	SALDO: \$

PROPIEDAD DE BIENES RAICES: **SI / NO** CIUDAD / CONDADO \_\_\_\_\_ **RENTA / CASA PROPIA** AREA EN ACRES: \_\_\_\_ PAGO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

¿TIENE UNA POLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA USTED O CUALQUIER DEPENDIENTE MAYOR DE 21 AÑOS? **SI / NO** (ENCIERRE EN UN CIRCULO)

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

PROPIEDAD PERSONAL SUJETA A IMPUESTOS: **SI / NO** (ENCIERRE EN UN CIRCULO)  
 INDIQUE TODOS LOS CARROS, BOTES, CAMIONES O CAMIONETAS, MOTOCICLETAS, CAMPERS, 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 ENVIE 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 PATROCINÓ PROGRAMA DE LA AYUDA DE LA DROGA, O CUALQUIER OTRO PROGRAMA MÉDICO FEDERAL O ESTADO FINANCIADO DE LA AYUDA, INCLUYENDO LA VERIFICACION 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, ASI COMO TAMBIEN EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL O DE BIENES RAICES A MI NOMBRE O QUE YO ESTE COMPRANDO. SI YO TENDRIA 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 ENVIE 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:

**PATIENT FINANCIAL SERVICES**  
**P.O. BOX 800750**  
**CHARLOTTESVILLE, VA 22908-0750**  
**El Peaje Libera 1 866 320 9659 / Local TEL: (434) 924-8718 / FAX: (434) 924-9322**

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA DEL CENTRO MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA (UVA)

**PASO 1 (STEP 1):** Complete la información del paciente. Por favor llene completamente toda la información concerniente al paciente.

**PASO 2 (STEP 2):** Llene la parte de la información sobre ingresos y bienes. Esto incluye ingresos por su trabajo como empleado, ayuda del departamento de Servicios Sociales (Food Stamps / vales canjeables por alimentos que se dan a personas de bajos ingresos, ADC / ayuda temporal a familias necesitadas, General Relief / programa que ayuda por una sola vez a personas con problemas para pagar la renta, luz, agua o gasolina para sus autos, o ayuda del gobierno (beneficios del social security / seguro social, VA / Administración de Veteranos de Guerra), y todo otro ingreso. Si cualquiera de sus hijos tiene 18 años o más, se requiere un formulario por separado.

¿Quien es el jefe de familia? Esta es la persona de la familia quien proporciona comida y casa para el solicitante. El solicitante también puede ser el jefe de familia. En la sección de miembros en la familia no se debe mencionar a personas que no pertenecen a la familia.

**PARA QUE EL CENTRO MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA (UNIVERSITY OF VIRGINIA MEDICAL CENTER) PUEDA CUMPLIR CON LAS NORMAS DEL ESTADO, SE REQUIERE PRUEBA O SUSTENTACION DE CADA UNO DE LOS PUNTOS MENCIONADOS EN LA PARTE DE ADELANTE DE ESTA SOLICITUD. POR FAVOR NO ENVIE LA SOLICITUD A MENOS QUE HAYA ADJUNTADO TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA. TODA LA INFORMACION DEBE SER ENVIADA A LA UVA LO MAS PRONTO POSIBLE O USTED SERA EL RESPONSABLE DE PAGAR EL TOTAL DE SUS FACTURAS.**

A CONTINUACION LISTAMOS LOS TIPOS DE DOCUMENTOS QUE SE NECESITAN. POR FAVOR REVISE CADA UNO PARA VER CUALES PUEDEN SER APLICADOS EN SU CASO: (POR FAVOR SOLO ENVIE COPIAS. DOCUMENTOS ORIGINALES NO SERAN DEVUELTOS).

**RECIBOS DE PAGO (TALONES DE SU CHEQUE DE PAGO):** Si usted tiene trabajo, debe proporcionar una copia de los talones de sus cheques de pago de 1 (un) mes - estos pueden ser de cualquiera de los 3 últimos meses.

Si no tiene o no puede encontrar los talones de sus cheques de pago, entonces tendrá que hacernos llegar una carta firmada por su empleador, donde se especifique cuánto gana por mes (sueldo bruto).

**DESEMPLEO:** Documentos donde se indique el monto que usted recibe por semana como beneficios, o una notificación donde se le informa que su solicitud por beneficios de desempleo o la compensación al trabajador es lesionado en el trabajo no ha sido aprobada.

**OTROS RECURSOS:** Copia del cheque que usted recibe como beneficio por su retiro, cheque del programa General Relief / programa que ayuda por una sola vez a personas con problemas para pagar la renta, luz, agua o gasolina para sus autos, cheque del programa ADC / programa que ayuda a familias necesitadas, adjudicación de fondos fiduciarios (donación testamentaria para ser restituida a otra persona o para cumplir con la voluntad de la persona que hizo el testamento), cheque por la pensión que recibe para la manutención de sus hijos, y pensión por alimentos.

**BENEFICIOS DEL GOBIERNO:** Carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) con la ratificación de beneficios otorgados por el Seguro Social (Social Security) o con la notificación de que su solicitud no ha sido aprobada, y/o del SSI (Ingresos provenientes del Seguro Social), VA (Administración de Veteranos de Guerra) u otros beneficios del gobierno, fotocopia del(os) cheque(s) o estado de cuenta de su banco donde se muestra el depósito automático.

**TRABAJO POR TEMPORADA:** Por favor haga llegar a la Uva el formulario para verificación de ingresos.

**TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Háganos llegar su copia del documento con el que presentó sus impuestos federales (Federal Income Tax Return).

**CARTA SOBRE MANUTENCION:** Una carta donde se verifique que un familiar o amigo le ayuda con los gastos de su manutención (esto se aplica a las personas que nos han informado que no tienen ingresos de ningún tipo o que sus ingresos no son suficientes para que se pueda mantener).

**SERVICIOS SOCIALES:** Documento otorgado por el Departamento de Servicios Sociales de su área, donde se indique si su caso ha sido aprobado o no, o que su caso esta aún pendiente. Cualquier carta ratificando que usted recibe ayuda con vivienda y/o el monto que usted recibe como ayuda con vales canjeables por alimentos que se da a personas de bajos ingresos (food stamps).

**ESTADOS BANCARIOS:** Estados bancarios de los meses más recientes de su cuenta de ahorros y/o de su cuenta corriente (cuenta de cheques) que usted recibe de su banco o asociación crediticia (credit union).

**LICENCIA POR ENFERMEDAD:** Nota del doctor con el período de tiempo que usted no puede trabajar, indicando la fecha de inicio y fin. Documento donde su empleador indica cuánto se le paga durante la licencia por enfermedad (sick leave) o si usted está con licencia sin goce de sueldo. También indicando el monto bruto que se le ha pagado por todo el año hasta el día de hoy, y fecha de contratación.

**ESTUDIANTES:** Becas, préstamos, trabajo temporal para estudiantes el cual es pagado con fondos federales. (work-study), sueldo, pensiones de estudios, y montos recibidos como profesor adjunto y asignaciones otorgadas.

**INVERSIONES:** Estados de cuenta del banco o agente de bolsa mostrando el valor actual de acciones, bonos, IRA's, plan de retiro (401K plan), certificados de depósitos (CDs), valores o títulos.

**PROPIEDAD PERSONAL:** Estado de cuenta de impuestos donde aparece la valorización de su(s) vehículos y otros bienes declarados indicando el monto de la deuda hasta la fecha.

**PROPIEDAD DE BIENES RAICES:** El estado de cuenta de impuestos más reciente donde se indica el área en acres y valor junto con el documento que muestra el valor actual de la hipoteca o deuda por el préstamo sobre la propiedad).

**SEGURO DE VIDA:** Política o declaración para usted o un dependiente sobre el valor de 21 que especifica efectivo-en o de préstamo.

**OTROS:** Una copia de los documentos donde se le otorga custodia de su(s) hijo(s).

Esta forma está [¿] disponible en Inglés. Para solicitar, satisfacer la llamada 1-866-320-9659.  
This form is available in English. To request, please call 1-866-320-9659.