



Entrevista Financiera para reducir su responsabilidad financiera

Información Personal:

Nombre del Paciente: _____

Escriba el nombre del padre u otra persona responsable: _____

Dirección Postal: _____

Números de teléfonos:

Celular () _____ Casa () _____ Trabajo () _____

Número de personas que habitan en su casa (viviendo en la casa) _____

Número de exenciones reclamadas en su declaración de impuestos: _____

Información del Seguro de Salud:

Seguro de Salud Sí No

Tipo de Seguro de Salud: _____ Póliza/Número de identificación: _____

Por favor identifique otras coberturas:

Medicare _____ Medicaid _____ Other _____

El tratamiento médico es debido a un accidente, o trabajo, o lesión de tercera parte Sí No

Por favor describa el accidente: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ingreso: Todos los ingresos del hogar deben verificarse y deben incluirse con esta solicitud.

- Declaración de impuestos federales del año pasado o W2's o talones de pago de los dos últimos meses (Necesario)
- Cartas aprobando o negando Medicaid, asistencia medica u otros beneficios (Necesario)
- Cartas aprobando o negando compensación de desempleo; o
- Declaraciones escritas de empleadores o agentes de asistencia social; o
- Social Security/SSI (cartas de adjudicación)
- Si usted está declarando NO INGRESOS, usted debe de presentar una carta notariada, firmada que indique apoyo financiero.

Ingresos mensual actual (antes de deducir los impuestos): \$ _____

¿Su familia tendrá una disminución en los ingresos, debido a pérdida de trabajo, reducción de personal, reducción de horas o situaciones similares en el futuro cercano (dentro del próximo mes)? Sí No

Si es si, por favor explique: _____

Ha tenido su familia un aumento de ingreso en los últimos 12 meses o tendrá un aumento de ingreso en el futuro cercano (en el próximo mes) Sí No

Si es si, por favor explique: _____

¿Ha sufrido recientemente dificultades financiera graves o perdida de personal) por ejemplo, otros gastos médicos, perdida de su hogar debido a incendio? Sí No

Si es si, por favor explique: _____

Yo entiendo que la información que he dado está sujeta a verificación y puede ser reportada a las agencias estatales y/o federales requeridos por la ley. Yo certifico que la Información acá suministrada es correcta y doy fe de su veracidad y certeza y que estoy aplicando a la ayuda financiera con Children's Specialty Group, PLLC

Firma del Apicante _____ Fecha: _____

Por favor envíe esta aplicación con todos los documentos
en el sobre adjunto a:

Children's Specialty Group, PLLC
P O Box 11049
Norfolk, VA 23517
Telefono: 757-668-7200
Fax: 757-668-9663
Correo Electronico: CSG.Billing@CHKD.org