



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



AYUDA DE CARIDAD – DOCUMENTO DE APOYO FINANCIERO

Yo entiendo que _____, está recibiendo ayuda financiera. Yo estoy ayudando al solicitante con alimentos y refugio y/o apoyo financiero.

I, _____, estoy ayudando con:

Marque cada uno que aplica:

_____ Alimentos y Refugio

_____ Apoyo financiero para _____

El monto aproximado de la ayuda financiera mensual es _____.

Él/Ella no tiene otros medios de apoyo. Yo espero proveer esta asistencia hasta _____.

(Firma de la persona dando el apoyo)

Date

(Imprimir nombre de la persona dando el apoyo)

Dirección y número de teléfono de la persona dando el apoyo

SECCION NOTARIAL

Jurado y suscrito ante mi presencia este _____ día de _____, 20__.

Notario Público de Virginia, en y para el Estado en General

Notario Público

Mi comisión vence _____

Número de Registro _____



AUTO DECLARACION DE “NINGUN INGRESO”

Yo _____, certifico que no tengo ningún ingreso, yo entiendo que “ingreso” incluye:

- Pago, sueldos, o salarios
- Beneficios de desempleo
- Beneficios de seguro social
- Beneficios de asistencia social
- Incapacidad, remuneración de los trabajadores u otros pagos por lesión o enfermedad
- Beneficios de retiro o pensión
- Pagos de pensión alimenticia o malnutrición del hijo
- Pagos de seguros o anualidad
- Intereses o dividendos de cuentas de ahorros o inversiones
- Ingresos de renta u otro tipo de ingresos de negocios
- Ingresos de herencia, patente, juegos o loterías

Yo entiendo que si yo tengo uno de estos tipos de ingresos, yo debería de notificar al Departamento de Servicios Financieros y al grupo de especialistas acerca de estos ingresos.

(Firma personal/Parente/guardián)

(Imprimir nombre personal/paciente/guardián)

(Fecha)