



## 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 **y** W2's **y** 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)