

## Aplicación Para Asistencia Financiera

Nombre:			Número de Cuenta:	Número de Cuenta:	
Dirección:			I		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Código Postal:	
Teléfono:			SS (Últimos 4 dígitos)	SS (Últimos 4 dígitos)	
INFORMACIÓN DEL HOG	AR: Por favor, enumere a	tados los miembros de	el hogar, incluyendo al pacier	nte cónvuge v cualquier	
	egalmente menor de 18 ai		. nogar, morayenae ar pacier	ne, conjuge y caulquie.	
Nombre y Apellido	Relación al Paciente	Edad/ FDN	Ingreso Bruto Total en los 3 meses previos a la fecha del servicio	Ingreso Bruto Total los 12 meses previos a la fecha del servicio	
Si no tiene ingresos, ¿có	mo está siendo apoyado	?			
 ¿Tenía seguro médico en	la fecha del servicio?	No □Sí (Proporcio	ne una copia con la aplicaci	— ón)	
¿Alguien en su hogar tien	e una cuenta de cheques o	ahorros? 🗌 No 🛚	☐ Sí (Valor:	)	
¿Alguien en su hogar tiene otros bienes?					
Para los ingresos/bienes mencionados anteriormente, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:					
<ul> <li>□ Empleo = Recibos de pago que muestren el ingreso bruto de los 3 o 12 meses previos a la fecha del servicio.</li> <li>□ Trabajo por cuenta propia = Formularios completos de los impuestos más recientes, incluyendo el anexo C.</li> </ul>					
☐ Seguro Social/ Pensión/ Incapacidad = Carta más reciente del beneficio.					
☐ <b>Otro</b> = Prueba de cualquier otro ingreso (beneficios de desempleo, dividendos, intereses, ingresos por alquiles, etc.)					
☐ Cuenta de cheques/ahorros= Estado de cuenta actual de 30 días para cada cuenta.					
Al firmar este document	:0:				
Afirmo que todas las resp	ouestas en esta solicitud s	on verdaderas. Si algu	na revisión posterior revela	que alguna información	
proporcionada fue fraudulenta, la decisión de proporcionar asistencia financiera puede ser revocada y se facturará a la parte					
			erificación y revisión por par	te de agencias federales	
y/o estatales y otras entidades según sea necesario.					
Firma del Paciente:			Fecha:		

Carilion Clinic CFAP Suite 303 P.O. Box 40032 Roanoke, VA 24022-0032 866-720-3742 billingservice@carilionclinic.org