



NÚMERO DE EMPI:

Solicitud para ayuda económica

Rellene este formulario en su totalidad para ayudarnos a determinar su elegibilidad para ayuda económica. Devuelva el formulario completo con copias de los documentos de respaldo a Carilion Clinic, CASB Suite 625, P.O. Box 40032, Roanoke, VA 24022-0032, o por fax al 540-224-5444, o por correo electrónico a billingservice@carilionclinic.org.

Su solicitud de Asistencia Financiera no está completa sin la información que se lista a continuación. **No envíe documentos originales ya que no podemos devolvérselos.**

- Comprobante de ingresos.** (Copias de los recibos de pago del mes pasado, carta del empleador con los salarios brutos, carta de adjudicación de la SSA, carta de beneficio por desempleo, carta de pensión, etc. Si trabaja como autónomo, adjunte una copia de la declaración federal de impuestos del año anterior.)
- Comprobante de bienes.** (Copias de los estados de cuenta de la cuenta de cheques, ahorros, cooperativa de crédito, CD, Christmas Club, Tarjeta de pago, HSA, acciones, bonos, estados de fondos fiduciarios y constancia de cualquier otro activo del último mes. **No incluya cuentas de jubilación reconocidas por el IRS como 401k, 403b, planes de pensiones de beneficios definidos, etc.**)
- Comprobante de valor de otros bienes inmuebles (no de residencia principal) y cantidad para rescatar el préstamo.**

Acerca del paciente		
Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento	Estado civil
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Dirección postal (si es otra)	Ciudad, estado, código postal (si es otro)	
Nº de teléfono de casa	N.º de teléfono celular	
Nombre del empleador	N.º de teléfono del empleador	
Seguro médico o Medicaid	Identificación/nombre del suscriptor	

Liste a **TODAS LAS PERSONAS** de su casa, incluyendo el paciente mencionado arriba. Incluya al paciente, al cónyuge, a los padres, a los dependientes legales y a los hermanos que vivan en la casa.

Liste todos los miembros de la familia			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Ingresos Registre el ingreso bruto de salarios, el Seguro Social, la jubilación, las pensiones, VA, desempleo o cualquier otra fuente excluyendo ganancias/pérdidas de capital y asistencia pública, como subsidios de alimentos y vivienda, y asistencia educativa.

Declaración de Apoyo	Si reportó \$ 0 de ingreso para su familia, dé una breve explicación de cómo cubre sus necesidades básicas de vida. _____ _____
-----------------------------	--

NO LO DEJE EN BLANCO.

Propiedad	Dirección	Propiedad	Valor fiscal	Saldo del préstamo	Compañía hipotecaria
Bienes inmuebles no residenciales		<input type="checkbox"/> Soy dueño <input type="checkbox"/> Alquiler			
Bienes inmuebles no residenciales		<input type="checkbox"/> Soy dueño <input type="checkbox"/> Alquiler			

NO LO DEJE EN BLANCO. Mencione todas las cuentas.

Cuenta bancaria/ de inversión	Entidad	Saldo	Titulares de la cuenta
De cheques <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	1		
	2		
De ahorros <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	1		
	2		
Tarjeta de pago, HSA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
CD, Christmas Club <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Fondos de inversión <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Acciones/Bonos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Otros (fideicomisos u otros activos)			

Reconocimiento y Firmas	
Entiendo que la información suministrada en esta solicitud se utilizará para evaluar mi capacidad para pagar las facturas médicas.	
Estoy de acuerdo en cooperar con Carilion Clinic para obtener el reembolso de cualquier seguro o programa de pago médico disponible. Entiendo que toda mi deuda con Carilion o parte de la misma puede reducirse si califico según las Pautas de Asistencia Financiera actuales. Por la presente certifico que la información contenida en este formulario es precisa, y autorizo a cualquiera y todas las partes a revelar cualquier información necesaria para confirmar esta información.	
Además, autorizo y acepto que Carilion pueda obtener informes de crédito sobre mí. A cambio de que Carilion considere esta solicitud, reafirmo que soy financieramente responsable de las cuentas para las que solicité ayuda.	
Firma:	Nombre en letra de molde:
Relación con el paciente:	Fecha:

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Servicio de Facturación al Cliente al 1-866-720-3742 (número gratuito). O vaya personalmente al centro de pagos en 1502 Williamson Road N.E., Suite 100, Roanoke, VA 24012, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Para obtener más información, visite CarilionClinic.org/billing/financial-assistance.