



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Fecha enviada _____

Centro/ Hospital _____ No. de cuenta _____
 Apellido del paciente _____ Nombre de pila _____ Inicial 2do nombre _____
 No. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Teléfono _____
 Dirección del paciente _____
 Empleador _____ Empleador del cónyuge _____

Miembros de la familia (Liste su cónyuge e hijos dependientes menores de 18 años que vivan bajo su mismo techo, o como aparecen enumerados en sus impuestos, y su(s) fecha(s) de nacimiento:

<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
1. _____ / _____	4. _____ / _____		
2. _____ / _____	5. _____ / _____		
3. _____ / _____	6. _____ / _____		

LOS SOLICITANTES DEBEN PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO ENVÍO, A:

Bon Secours Financial Assistance Program
 P.O. Box 1449
 Kilmarnock, VA 22482

LOS PACIENTES SIN SEGURO DEBEN PARTICIPAR CON NUESTRO PROVEEDOR DE ELEGIBILIDAD DE SEGURO ANTES DE RECIBIR ASISTENCIA SI NO LO HA HECHO TODAVIA. LA DECISIONES SE DARÁN A CONOCER DENTRO DE LOS 60 DIAS DEL RECIBO DE LA SOLICITUD COMPLETA DE PARTICIPACIÓN CON NUESTRO PROVEEDOR

Por favor conteste cada pregunta y provea la información requerida

Por favor conteste todas las siguientes preguntas	Si la respuesta es Sí, por favor presente lo siguiente para CADA miembro de la familia recibiendo el beneficio.
¿Es algún miembro de su núcleo familiar empleado independiente ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Formulario(s) de IMPUESTOS COMPLETOS, incluyendo impuestos comerciales del año fiscal más reciente y de la última presentación de impuesto trimestral, enumerando el ingreso para el trimestre.
¿Algún miembro de su núcleo familiar está empleado ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Los 3 talones de pagos más recientes o carta firmada por el empleador
¿Algún miembro de su núcleo familiar está recibiendo beneficios de desempleo ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta de beneficio o una copia impresa de desempleo del sitio web del Estado
¿Algún miembro de su núcleo familiar está recibiendo Seguro Social ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta de beneficio del Seguro Social, o un estado de cuenta bancaria completo, si tiene Depósitos Directos
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe pensión o retiro ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta de Pensión o estado de cuenta del banco si usa sistema de Depósito Directo
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe beneficios de SNAP ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Carta del SNAP
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe manutención para el menor ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Documento de una orden del tribunal o carta de uno de los padres sin custodia
¿Algún miembro de su núcleo familiar posee propiedad de alquiler o inversión ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Contrato de alquiler/documentación listando el ingreso
¿Algún miembro de su núcleo familiar posee otras fuentes de ingreso ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Acciones, Bonos, Certificado de Depósitos, otras propiedades, etc... Adjuntar estados de cuenta actuales.
¿Algún miembro de su núcleo familiar tiene una cuenta corriente, de ahorros, o de Mercado Monetario ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Adjuntar copia de estado de cuenta actual completo de los últimos 30 días para cada cuenta
NO INGRESO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pacientes que declaran no tener ningún ingreso en el núcleo familiar deben tener a continuación, la firma de la persona que les esté proveyendo con comida, albergue, y gastos para la vida cotidiana y debe indicar que tipo de ayuda les está proporcionando. Certifico que yo, (<i>nombre</i>) _____ (<i>teléfono</i>) _____ Proveo alimento, albergue y gastos diarios para el paciente mencionado arriba y/o \$ _____ por mes. Ayuda proporcionada _____ Firma _____ Relación _____ Fecha _____	

SI EL PACIENTE TIENE UNA VISA DE ESTUDIANTE O DE TURISTA, DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA VISA Y TODA LA INFORMACIÓN SOBRE SEGURO, INFORMACIÓN FINANCIERA Y/O AUSPICIO, PROPORCIONADA PARA OBTENER LA VISA.

>>>Continuado<<<



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Apellido del paciente _____ Nombre de pila _____ Inicial _____

Lista de valores de bienes personales

Ingreso anual del hogar _____	Valor de certificado(s) de depósito _____
Efectivo en mano/dinero en el banco/C.Ahorro _____	Valor de la propiedad en que reside _____
Alquiler mensual _____	Valor de otros bienes inmuebles _____
Pago mensual por hipoteca _____	Valor del 401k _____

¿Fue el tratamiento por este servicio debido a un accidente? Sí _____ No _____ **(Asistencia Financiera no aplica a tratamientos relacionados a lesiones en el trabajo, procedimientos cosméticos, o procedimientos de tasa fija, accidentes u otros tratamientos por los que usted recibe compensación por sus cuentas médicas, dolor y sufrimiento, y otros daños).**

¿Tiene usted seguro médico? SI NO (Si "SI," Por favor, provea más información a continuación):

1. Nombre del seguro _____ A nombre de _____ No. de póliza _____
2. Nombre del seguro _____ A nombre de _____ No. de póliza _____

Por el presente, pido a *Bon Secours Health System Inc.*, tomar una determinación por escrito sobre mi elegibilidad para recibir asistencia financiera o cuidado caritativo. Entiendo que, si se determinara que la información que proveo es falsa, tal determinación puede resultar en la denegación de mi solicitud, y que puedo tener que hacerme responsable por los cargos de servicios recibidos. Certifico que la información que antecede es verdadera, completa, y correcta de acuerdo a mi saber y entender. Entiendo que la cooperación con el proveedor de evaluación para la elegibilidad es requerida para ser considerado para recibir asistencia financiera o cuidado caritativo.

Comentarios adicionales

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Bon Secours Health System Inc., se reserva el derecho de validar la información reportada en la solicitud para Asistencia Financiera; tales validaciones, así como verificar ingresos personales o la no existencia de los mismos, serán conducidas tratando de mantener la más estricta confidencialidad, y que de ninguna forma se generará ningún reporte por medio de ninguna oficina de reporte de estado de crédito que pudiese adversamente afectar la privacidad del solicitante.

Si necesita asistencia adicional, por favor visite a un consejero de finanzas en su hospital *Bon Secours* más cercano, o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente:

Rappahannock General Hospital 804-435-8529