



**PATIENT ACCOUNTS
FINANCIAL AID FORM**

Return completed form to:

INOVA HEALTH SYSTEM IMVH IAH
 8003 Forbes Place, 3rd Floor IFOH IFH
 Springfield, Virginia 22151 IECC/F IFSM
 IECC/R

MEDICAL RECORD #		FECHA DE SERVICIO			NUMERO DE CUENTA				
NOMBRE DEL PACIENTE - APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		TELEFONO DE CASA		
DIRECCION		APT. NO.	CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR			TELEFONO DEL TRABAJO		NUMERO DE MIEMBROS DE FAMILIA		EMBARAZADA?		
NOMBRES DE MIEMBROS EN LA FAMILIA:	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M-F	RELACION FAMILIAR	NOMBRES DE MIEMBROS EN LA FAMILIA:	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M-F	RELACION FAMILIAR
1.	/ /	/	/		4.	/ /	/	/	
2.	/ /	/	/		5.	/ /	/	/	
3.	/ /	/	/		6.	/ /	/	/	

Cuales son los recursos e ingresos de su familia? (Incluyendo salarios, (otros) recursos del paciente y esposo(a), padres si es un menor de edad

		Please Circle Income Code						Please Circle Income Code			
1. Salarios / Ingresos	\$	S	Q	M	A	8. Otros	\$	S	Q	M	A
Otros Ingresos: (Part time - 2. Negocios temporales)	\$	S	Q	M	A	Excepcion de Ingresos		S	Q	M	A
3. Pensiones ó alimentos	\$	S	Q	M	A	1. Ingresos suplemental de seguro social	\$	S	Q	M	A
4. Seguro Social - Desabilidad	\$	S	Q	M	A	2. Becas y prestamos de estudio	\$	S	Q	M	A
5. Ayuda por hijos dependientes	\$	S	Q	M	A	3. Recursos federales	\$	S	Q	M	A
Pension por hijos menores / 6. Pension para esposo (a)	\$	S	Q	M	A	4. Otros	\$	S	Q	M	A
7. Ingreso de desempleo	\$	S	Q	M	A			S	Q	M	A

Codigo de ingresos: S = Semanal Q= Quincenal M = Mensual A = Anual

Tiene esta visita relacion con: Accidente Automovilistico? Si No Accidente en el trabajo? Si No

Yo certifico que la información proveída en esta aplicación es actual y correcta. Al mismo tiempo, entiendo que el hospital podrá requerir pruebas de ingresos economicos (copia de pago de impuestos, verificación de salario, etc.) Yo autorizo a Equifax agencia de reporte de crédito y a las oficinas de servicios sociales, el proveer cualquier información necesaria para procesar esta aplicación. Por consiguiente, presentaré una solicitud de Asistencia Médica (Medicaid, Medicare, Seguro Médico, etc.) la cual me hará ser elegible los cargos/cobros del hospital. Asi mismo será mi responsabilidad tomar la acción necesaria para colaborar con este proceso y así obtener la Asistencia Médica disponible. Si alguna información brindada a esta institución resulta ser falsa, entiendo que el hospital esta en el derecho de reevaluar mi posición económica y a su vez tomar la decisión apropiada hacia mi persona. Asi mismo tambien tengo en conocimiento que si me niego a completar o no seguir con el proceso de Asistencia Médica automaticamente se me negará la Asistencia Financiera.

A fin de que esta aplicación sea considerada usted debe de proveer los documentos antes mencionados en treinta (30) dias.

Firma de aplicante:

Fecha de emisión:

Total de ingresos contables:\$

TOTAL DE INGRESOS CONTABLES: \$

NO ESCRIBIR EN ESTA AREA, ESTO ES DE USO OFICIAL SOLAMENTE!

1	0 ___ \$9,570	___ \$11,963	___ \$14,355	___ \$16,748	___ \$19,140	___ \$21,533	___ \$23,925
2	0 ___ \$12,830	___ \$16,038	___ \$19,245	___ \$22,453	___ \$25,660	___ \$28,868	___ \$32,075
3	0 ___ \$16,090	___ \$20,113	___ \$24,135	___ \$28,158	___ \$32,180	___ \$36,203	___ \$40,225
4	0 ___ \$19,350	___ \$24,188	___ \$29,025	___ \$33,863	___ \$38,700	___ \$43,538	___ \$48,375
5	0 ___ \$22,610	___ \$28,263	___ \$33,915	___ \$39,568	___ \$45,220	___ \$50,873	___ \$56,525
6	0 ___ \$25,870	___ \$32,338	___ \$38,805	___ \$45,273	___ \$51,740	___ \$58,208	___ \$64,675
7	0 ___ \$29,130	___ \$36,413	___ \$43,695	___ \$50,978	___ \$58,260	___ \$65,543	___ \$72,825
8	0 ___ \$32,390	___ \$40,488	___ \$48,585	___ \$56,683	___ \$64,780	___ \$72,878	___ \$80,975
	Q100	Q101	Q126	Q151	Q176	Q201	Q226

Si usted esta desempleado, por favor provenganos sus ingresos anteriores y la cantidad total de ingresos de su familia (en la parte de abajo):

Recurso: _____

Cantidad: _____

Cual es el balance total en su cuenta de cheques, ahorros, certificados de deposito ó cuentas de seguro?	La cantidad total es: _____
Usted tiene Fondo de retiro ó jubilacion (IRA, 401(K), 401 (b), Keogh)?	<input type="checkbox"/> Si, el valor actual es: \$ _____ <input type="checkbox"/> No
Usted es dueño de un automovil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; si lo es: #1 AÑO _____ #2 AÑO _____ #3 AÑO _____ MARCA _____ MARCA _____ MARCA _____ MODELO _____ MODELO _____ MODELO _____	#1 Valor: \$ _____ Cuotas: \$ _____ Balance: \$ _____ #2 Valor: \$ _____ Cuotas: \$ _____ Balance: \$ _____ #3 Valor: \$ _____ Cuotas: \$ _____ Balance: \$ _____
Usted recibe ingresos de inversiones, acciones dividendos ó interes/es?	<input type="checkbox"/> Si, cual es el monto total: _____ <input type="checkbox"/> No
Usted: <input type="checkbox"/> es dueño de su casa? <input type="checkbox"/> Renta su casa? Si <u>No</u> : donde ó con quien vive? _____	Si es dueño: Balance actual de la casa: \$ _____ Si Renta: Pago mensual \$ _____

PATIENT ACCOUNTS USE ONLY

ELIGIBILITY APPROVED DENIED INOVA FINANCIAL ASSISTANCE

ELIGIBILITY APPROVED DENIED INDIGENT HEALTH CARE TRUST FUND

REASON FOR DENIAL: _____

HOSPITAL REPRESENTATIVE SIGNATURE: _____ DATE: _____

FOR OFFICIAL USE ONLY

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____