



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922
Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160 ● Email: slide@brmedical.com

Solicitud Para Asistencia Financiera

¡LAS SOLICITUDES NO SERÁN PROCESADAS EL DÍA DEL SERVICIO!
¡Las solicitudes sin comprobantes de todos los ingresos NO SERÁN PROCESADAS!
(Véase atrás para instrucciones)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Email: _____
Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

"Familia/Hogar" incluye usted, Esposo(a)/compañera/Prometido, y dependientes (como lo define IRS) ** Si alguien lo reclama como dependiente, entonces anote los otros miembros del hogar.

Lista de miembros de la Familia/Hogar (Si necesita mas espacio, puede usar otra página)	Fecha de Nacimiento	Relación con el Aplicante	Ingreso Bruto Mensual COMPROBANTE REQUERIDO	Nombre del Empleador (si trabaja) o fuente de ingresos	¿Estudiante de Tiempo Completo?	Raza
Si mismo		Si mismo				

¿Cuántos hay en su familia/hogar? _____ **Si esta empleado, ¿en que fecha termino su trabajo?** _____

Solicitante: ¿Cada cuánto le Pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Otro Solicitante: ¿Cada cuánto le Pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Si NO tiene ingresos o tiene ingresos BAJOS, ¿Cómo se mantiene? (Provea Comprobante) _____

¿Alguien en su familia recibe? (círcule) PROVEA COMPROBANTE / DOCUMENTACION DE TODO

Estampillas/Cupones de Alimentos: Si / No Cantidad: \$	Subsidio de Desempleo: Si / No Cantidad: \$
Sustento Infantil: Si / No Cantidad: \$	Discapacidad: Aprobada o Pendiente: Si / No Cantidad: \$
Pensión Matrimonial: Si / No Cantidad: \$	Recibe dinero de Renta: Si / No Cantidad: \$

¿Alguien en su hogar tiene seguro médico? Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____
(Incluyendo Medicare o Medicaid)
Si / No Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____

DECLARACIÓN: La información provista arriba, a mi entendimiento es, completa, correcta y verdadera. Comprendo que, si doy información falsa, no entrego información, o si niego reportar cambios de ingreso, voy a ser descalificado del programa; y acusado de perjurio, robo, y/o fraude. Yo autorizo liberar toda información a la que Blue Ridge Medical Center pueda necesitar para determinar si califico al Programa de Asistencia Financiera.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____
Otro adulto y/o firma del compañero: _____ Fecha: _____
(vea atrás, parte #3)

Office Use Only (below this line)

BRMC: Income: _____ SS Status: _____ Eff. Dates: _____ Date/Int: _____



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922
Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160 ● Email: slide@brmedical.com

¡Las solicitudes sin comprobantes ingresos o algún otro sustento NO SERÁN PROCESADAS!
Los costos de la Farmacia de Blue Ridge Medical Center y los costos de algunos procedimientos y servicios Dentales son exentos de la Escala de Descuento. Sin embargo, algunos descuentos podrían aplicar para paciente elegibles. La elegibilidad se basará en la información proporcionada en esta solicitud.

1. **Llene todos los espacios en blanco e incluya comprobantes de todos los ingresos.** Si no hay ingresos, vea **“DESEMPLEADO-SIN INGRESOS O INGRESO BAJO”**, abajo. Solicitudes incompletas o con falta de comprobante de ingresos, serán devueltas demorando significativamente el proceso. **Usted será responsable de pagar el costo completo por consulta hasta que su aplicación sea procesada.**
2. **Otros Adultos en el Hogar:** Si usted es cónyuge/pareja/novio(a)/prometido(a) en el hogar, **comprobantes** de sus ingresos son REQUERIDOS. Si usted es un adulto **“dependiente”** - vea el #3.
3. **“Otro Adulto y/o Pareja”:** Por favor, firme esta solicitud si usted vive en el hogar y desea ser considerado para este programa **Y** usted es uno de los siguientes:
 - Un hijo adulto del solicitante. **(Hijos adultos dependientes deben proveer COMPROBANTE de dependencia – IRS 1040) OR**
 - Pareja de hecho (prometido(a), novio(a)) del solicitante.

Los siguientes tipos de documentos son requeridos como validos para documentar sus ingresos:

- **EMPLEADO:**
 - Sí estuvo empleado durante todo el año anterior, entonces los impuestos del IRS 1040 del año anterior, o
 - Un mes de talones/colillas de cheque actuales, mostrando su ingreso bruto, o
 - Una carta de su empleador/patrón, mostrando su salario bruto de un mes actual.
- **TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Impuestos federales, (IRS 1040) del año anterior, junto con Schedule C.
- **DESEMPLEADO – SIN INGRESO O INGRESO BAJO:** Una declaración de un familiar o amigo declarando su sustento financiero y su falta de ingreso o empleo.
- **SUBSIDIO DE DESEMPLEO O COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR:** Documentación, verificando cantidad de beneficios semanales o carta de negación.
- **BENEFICIOS DEL GOBIERNO:** Seguro social, Seguridad De Ingreso Suplementario (SSI), Beneficio de Excombatiente (VA), discapacidad, u otros beneficios del Gobierno.
 - Carta de Seguro Social, confirmando o negando y enumerando cantidad bruta mensual.
 - IRS 1099, mostrando la cantidad anual (si se recibe durante un año en total).
- **SERVICIOS SOCIALES:**
 - SNAP “Noticia de acción” Para estampillas/cupones de alimentos, ayuda para niños dependientes, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF), vivienda, etc.
- **OTROS RECURSOS:** Provea comprobante legal o carta de adjudicación oficial.
- **SIN HOGAR:** Carta de albergue, si el cliente está sin lugar.
- **BIENES LÍQUIDOS:** Proveer factura(s) del Banco o cooperativa de crédito.
 - Inversiones, certificado de depósito (CD), interés, dividendos.
- **OTRO:** Copia de los papeles de custodia para los dependientes anotados.

Comentarios: Puede usar esta área para explicar circunstancias que piensa en los pueda ayudar.