

Solicitud del Programa de Asistencia Financiera

Devuelva la Solicitud de Asistencia Financiera junto a sus documentos financieros y las siguientes preguntas completadas. Debe responder a **TODAS** las preguntas **ANTES** de que se revise su solicitud.

Lista de verificación:

- Verificación de domicilio en Virginia
- Prueba de ingresos: Últimas 3 nóminas de pago o última declaración de impuestos, carta de discapacidad o retiro
- Últimos 2 meses de cuentas bancarias, CD's, IRAs u otros instrumentos de ahorro
- Identificación con foto
- Solicitud de asistencia financiera y documentos completos y firmados

1.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

2. Disposición de alta médica: En caso de requerirse supervisión/asistencia las 24 horas al momento de recibir el alta de Sheltering Arms Institute, ¿quién proporcionará estos cuidados? **Listar todos los nombres y números de teléfono a continuación.**

3. Dirección de residencia del paciente tras el alta, si es distinta de la dirección actual.

4. Si los ingresos declarados en su solicitud financiera son cero "0", explique cómo paga sus gastos.

Nombre del Solicitante: Apellido:		Nombre:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Servicios: ☐ Hospitalización ☐ Psicología ☐ Ambulatorio ☐ Médicos ☐ Otros: _____	
			Sex	¿Es usted un ciudadano estadounidense o un residente legal extranjero? ☐ Sí ☐ No		
Dirección Postal			Ciudad		Estado	Código Zip
Estado Civil S C D V		Situación de Empleo Trabaja ☐ Desempl. ☐ Retirado ☐		Ocupación	Teléfono Fijo o Celular	Teléfono del Trabajo
Nombre del empleador del solicitante		Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Zip
Nombre del cónyuge del empleador		Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Zip
¿Hay cobertura de seguro gubernamental o privada disponible? ☐ Sí ☐ No				¿Hay alguna demanda de responsabilidad de terceros involucrada en este caso? ☐ Sí ☐ No		
Número de dependientes incluidos en la última declaración de impuestos:						
Nombre del Dependiente				Relación		Edad
Nombre del Dependiente				Relación		Edad
Nombre del Dependiente				Relación		Edad
SECCIÓN DE INGRESOS Y RECURSOS						
Ingresos Mensuales Brutos (antes de impuestos) Solicitante \$ _____ Cónyuge \$ _____				Método de verificación (requerido) ☐ Nómina ☐ W2 o 1099 ☐ Carta de jubilación ☐ Orden judicial		
Pensión de Jubilación Mensual: \$ _____ Intereses/Dividendos: \$ _____		Ingresos de rentas: \$ _____ SSI: \$ _____		Anualidades: \$ _____ Manutención: \$ _____		Otros: \$ _____ W, B, M
En caso de reportarse cero ingresos se requiere una carta de apoyo.						
INFORMACIÓN DE RECURSOS						
Balance C. Corriente: \$ _____ Cuenta# _____ Balance C. Ahorros: \$ _____ Cuenta# _____ Balance CDs: \$ _____ Cuenta# _____				Capital de vivienda: \$ _____		
Gastos Médicos de Sheltering Arms						
Proveedor: _____ Balance \$ _____ Pago Mensual \$ _____						
Proveedor: _____ Balance \$ _____ Pago Mensual \$ _____						
Proveedor: _____ Balance \$ _____ Pago Mensual \$ _____						
Proveedor: _____ Balance \$ _____ Pago Mensual \$ _____						
Copago por visita		\$ _____		DME – Si se anticipa la necesidad de equipamiento médico durable, rellene estos campos: Peso: _____, Peso: _____.		
Deducible		\$ _____				

Coste mensual de medicación	\$	El dispositivo solicitado ayudará en: Casa ☐ Escuela ☐ Trabajo ☐ Actividades Comunitarias ☐	
OTROS RECURSOS			
¿Su tratamiento es fruto de un accidente o lesión litigado en un tribunal? ☐ Sí ☐ NO. En caso afirmativo responda a las preguntas 1-3 a continuación			
1. Nombre del abogado: _____ 2. El abogado trabaja para: _____ 3. Dirección y teléfono de la oficina: _____			
Ha solicitado:			
1. Discapacidad en el Seguro Social	☐ Sí Fecha: _____	Estado Solicitado: _____	☐ No
2. Ingreso Suplementario de Seguridad	☐ Sí Fecha: _____	Estado Solicitado: _____	☐ No
3. Medicaid	☐ Sí Fecha: _____	Estado Solicitado: _____	☐ No
SEGURO MÉDICO			
Liste las coberturas de seguro médico disponibles:			
Nombre del plan de salud:	ID de póliza	Grupo #:	Suscriptor:
Nombre del plan de salud:	ID de póliza	Grupo #:	Suscriptor:
Nombre del plan de salud:	ID de póliza	Grupo #:	Suscriptor:
Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y auténtica en la medida de mis conocimientos y que se informan todos los ingresos y recursos. Entiendo que la aprobación de asistencia financiera será anulada en caso de no proporcionar la información correcta, incluyendo, sin limitarse a, representación legal, información financiera e información de seguros. Entiendo que debo usar cualquier otra fuente de pago de terceras partes antes de presentar esta solicitud, incluyendo la colaboración con la promotora de seguros seleccionada por Sheltering Arms, para determinar mi elegibilidad para otras fuentes de pago. En caso de resultar elegible para cualquier tipo de asistencia médica o financiera a través del estado u otros recursos, acuerdo hacer lo necesario para aplicar a dicho programa según lo requerido por Sheltering Arms. Para verificar la autenticidad de la información presentada en la solicitud, Sheltering Arms requerirá documentos que pueden incluir, sin limitarse a, alguna combinación de los siguientes: -Últimas 3 nóminas y/ 2 declaraciones de impuestos -Carta de Certificación de Seg. Social/Discapacidad -Carta de Asistencia Social -Carta de respaldo notariada - Extractos bancarios de los 2 meses anteriores - Documentación de Residencia en Virginia - CDs, Valor de capital de vivienda En caso de no presentar los documentos de respaldo solicitados la solicitud de asistencia financiera podrá verse demorada y/o denegada. La asistencia financiera sólo se pone a disposición de los pacientes una vez hayan recurrido a todas las demás opciones de cobertura de seguros (incluyendo Medicaid). Para más información puede visitar nuestra página web en: https://shelteringarmsinstitute.com/patients-and-visitors/financial-assistance-fees/. También puede contactarnos y presentar su solicitud completada en la dirección y teléfono listados a continuación. Contabilidad de Pacientes 140 Eastshore Drive, Suite 200, Glen Allen, VA 23059 Teléfono: (804) 342-4113 Fax: (804) 342-4317 Correo electrónico: FinancialAssistance@shelteringarms.com			
Firma del Paciente/Responsable		Relación	
		Fecha	
Última actualización Septiembre de 2024			



Sheltering Arms Institute

A collaboration with **VCU**Health

ASUNTO: Carta de Respaldo del Sheltering Arms Institute

Yo, _____, proporcionaré alojamiento, asistencia financiera y física

(Nombre y Relación con el Paciente)

a _____ tras darse de alta del Sheltering Arms Institute.

(Nombre del Paciente)

Entiendo que la estadía promedio en el Sheltering Arms Institute es de 7-21 días dependiendo de las recomendaciones médicas en base a una evaluación.

Yo, _____, llevaré a _____ a la dirección de

_____ cuando los médicos lo consideren

apto para el alta pese a los progresos alcanzados. Entiendo que podrá requerirse atención 24/7 y

yo, _____, la proporcionaré.

(Firma)

(Fecha)