



OFRECE DIFERENTES OPCIONES PARA EL PAGO DE CUENTAS:

1. Pago total al recibo del primer estado de cuenta o carta de cobro,
2. Plan de pago para cancelar la cuenta en su totalidad en seis (6) meses sin cobro de interés y de acuerdo a las normas de pago establecidas por Valley Health,
3. Consideración para ayuda financiera llenando la Hoja de Información Financiera (FIS) y presentando los documentos necesarios.

Para ver si el Plan de Pago a Largo Plazo de su(s) cuenta(s) es para usted o si califica para algún tipo de ayuda, debe de completar, firmar y devolver los formularios que le estamos adjuntando:

1. **“HOJA DE INFORMACIÓN FINANCIERA” (FIS).** Como paciente y/o fiador, usted y su cónyuge deben llenar y firmar la Hoja de Información Financiera (FIS). Deben enumerar todas las deudas vencidas. Si la pregunta no se aplica a su situación, escriba N/A.
2. **COMPROBANTE DE TODOS LOS INGRESOS EN EL HOGAR.** Envíe prueba de todos los ingresos o entradas mensuales de dinero suyos y de su familia por los últimos **90 DÍAS**. La “familia” incluye padre, madre, hermanos y todos los hijos menores de 21 años de edad que viven en el hogar y que usted reclama en sus impuestos.
 - a. Para Ingresos de trabajo: Envíe los talones o colillas de cheque por los últimos **90 DÍAS** **Si no tiene los talones /colillas de cheque,** entonces presente una carta del patrón en donde estén incluidos todos los pagos en bruto (antes de deducciones), **O** solicite al patrón que complete la forma “Hoja de Verificación de Empleo” (Employee Payroll Verification).

TAMBIÉN DEBE PRESENTAR:

- b. Comprobante de cualquier otro tipo ingreso o entrada monetaria en el hogar durante los últimos **90 días**, incluyendo beneficios de seguro social, cupones de comida (SNAP), beneficios de desempleo, compensación del trabajador, TANF, pensiones, comprobante de manutención los hijos o cónyuge. El trabajar cuidando niños o haciendo trabajos de limpieza se consideran “trabajo por su cuenta” y debe reportarse como tal (ver 3).

****SI USTED RECIBE SEGURO SOCIAL (POR RETIRO O POR INCAPACIDAD), DEBE DE ENVIAR COPIA DEL CHECK O COPIA DE LA CARTA ADJUDICANDO LA CANTIDAD A RECIBIR O COPIA DEL ESTADO DE BANCO DONDE APAREZCA EL DEPOSITO DE “US TREASURY”.**

3. **SI TRABAJA POR SU CUENTA,** complete la hoja **“Record De Ingresos Y Gastos Para Personas Que Trabajan Por Su Cuenta”** y envíe copia firmada de la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior (no se aceptan las formas W2). **si no la tiene, puede llamar a la oficina de impuestos (IRS) al 1-800-829-1040 y solicitar una copia. Déjenos saber si necesita más tiempo para conseguir este documento.**

SI SOLICITA AYUDA FINANCIERA, DEBE TAMBIÉN INCLUIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

4. **Comprobante de:** cuentas de ahorro, de cheque, IRA's o cualquier cuenta de retiro, acciones, bonos, etc. Presente **ESTADOS DE BANCO DE LOS DOS ÚLTIMOS MESES**
5. **CARTA NOTARIZADA DE MANUTENCIÓN.** Si vive con alguien que provee vivienda y/o comida, o paga sus gastos, esa persona debe de firmar el formulario adjunto en la presencia de un notario. (Su banco puede ofrecer servicios de notario). Si tiene problemas en conseguir un notario, déjenos saber.

“Esta forma es un intento de cobro de su deuda y cualquier información que se obtenga será usada para tal propósito”

DEVUELVA LA APLICACIÓN A: FADUA HOUSER c/o Free Medical Clinic
P. O. Box 3340 * Winchester, Virginia 22604-2540 **OR** via Fax: 540 / 662-3153
866 / 414-4576 * TDD Emergency 667-5200

HOJA DE INFORMACIÓN FINANCIERA (“FIS”)

Nombre del Paciente _____

Cuenta # _____

Fecha _____

GARANTE

GARANTE

Nombre	Inicial	Apellido	Nombre	Inicial	Apellido
Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	Cuantos hijos viven con usted? (edades)	Seguro Social #	Fecha Naclmiento	Cuantos hijos viven con usted? (edades)
<input type="checkbox"/> Casado/a (legalmente) <input type="checkbox"/> Separado/a - Cuanto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a)			<input type="checkbox"/> Casado/a (legalmente) <input type="checkbox"/> Separado/a - Cuanto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a)		
Dirección actual			Dirección actual		
Número de Teléfono () _____ Cell () _____ Cuantos Años? _____ Meses? ____			Número de Teléfono () _____ Cell () _____ Cuantos Años? _____ Meses? ____		
Dirección anterior (Si Menos de dos años en la dirección actual)			Dirección anterior (Si Menos de dos años en la dirección actual)		
<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/> Vive con familia? – amigos?			<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/> Vive con familia? – amigos?		
Arriendo o Pago de Hipoteca		Pago de 2 nd Hipoteca	Arriendo o Pago de Hipoteca		Pago de 2 nd Hipoteca
Empleador/Patrón y Dirección			Empleador/Patrón y Dirección		
Teléfono () _____ Fecha de Empleo _____			Teléfono () _____ Fecha de Empleo _____		
Cuantos Años _____ Meses _____	Tipo de Trabajo	Ingreso Bruto (Semana / /Mes)	Cuantos Años _____ Meses _____	Tipo de Trabajo	Ingreso Bruto (Semana/Mes)
Otros Ingresos \$ _____	Fuente		Otros Ingresos \$ _____	Fuente	
Patrón anterior (Si menos de 1 año en el trabajo actual)			Patrón anterior (Si menos de 1 año en el trabajo actual)		
Teléfono () _____			Teléfono () _____		
Fecha de Empleo _____ Ultimo día de Trabajo _____			Fecha de Empleo _____ Ultimo día de Trabajo _____		
Nombre de algún familiar/amigo que no viva con usted:			Nombre de algún familiar/amigo que no viva con usted:		
Nombre _____			Nombre _____		
Dirección _____			Dirección _____		
Teléfono () _____ Relación _____			Teléfono () _____ Relación _____		

El infrascrito certifica que las declaraciones hechas son verdaderas y completas para que el Hospital o su asignado puedan utilizarlas y así poder extender crédito. El infrascrito autoriza al Hospital y/o a su asignado para que investigue su crédito, verifique su historial de empleo y obtengan la información acerca de la experiencia crediticia con esa entidad al hospital y/o a sus asignados.

Garante

Fecha

Co-Garante (Espos/a)

Fecha

INGRESOS Y GASTOS

Entre _____ y _____ Si no hubo ningún ingreso de trabajo, cuando fue el último día que usted estuvo empleado?
 _____ su cónyuge? _____

Usted o su esposo(a) recibe subsidio de desempleo? SI ____ NO ____ Cuánto por mes? \$ _____ (Debe incluir la Historia de Beneficios de Desempleo que puede obtener de la Agencia de Empleos (VEC).

Alguien en su hogar recibió dinero en las fechas indicadas arriba, ya sea para mantenimiento de hijos, mantenimiento de cónyuge, o por otra razón? SI ____ NO ____ **Si recibió éste dinero**, de quien? _____

Cuánto por mes \$ _____ de quien? _____ Cuánto por mes \$ _____

Si no hay ningún ingreso, de qué vive? _____

SI presentó declaración de impuestos, cuántos dependientes/exenciones reclamaron (incluyéndose usted, cónyuge, e hijos) _____
 Habrá cambio en el número de dependientes/exenciones en su declaración de impuestos en éste año? Si es así, explique a qué se debe el cambio. _____

INGRESOS Y DEUDAS MENSUALES

I Liste todas las deudas, préstamos o tarjetas de crédito:

A QUIEN LE DEBE?	Pago Mensual	Saldo Actual	ESTA AL DIA SI / NO?
1. Pago de Hipoteca o de Alquiler de la Vivienda:			
2. Préstamo vehículo			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

TOTAL \$ _____

II Gastos Mensuales:

Comida _____	Medicinas _____
Gastos de Transporte _____ (Gasolina/Rides)	Seguro de Vida _____
Electricidad _____	Seguro de Carro(s) _____
Agua _____	Seguro de Incendio _____
Teléfono _____	Seguro Médico _____
Gas _____ (Calefacción/Gas Propano)	
Servicio de Cable _____	Lavado de Ropa _____
Otros _____	

TOTAL \$ _____

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SUMINISTRE ES CONFIDENCIAL