



Nombre del/de la paciente: _____ N.º de cuenta: _____
Patient Name Account #

Dirección del/de la paciente: _____
Patient Address

N.º de teléfono: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de alta: _____
Phone # Admit Date Discharge Date

Monto total: _____ Descuento: _____
Total Charges Write Off Amount

Ayuda solicitada por: _____ Relación con el paciente _____
Assistance Requested by: Relationship to Patient

Enumere a cada miembro del hogar del/de la paciente, incluyendo al/a la paciente, como aparecen en la declaración de renta. Use hojas adicionales si es necesario.
List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.

NOMBRE NAME	EDAD AGE	RELACIÓN RELATIONSHIP	INGRESOS BRUTOS MENSUALES MONTHLY GROSS INCOME	FUENTE DE INGRESOS SOURCE OF INCOME

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SOBRE SUS ACTIVOS, PASIVOS, INGRESOS Y GASTOS:
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION ON YOUR ASSETS, LIABILITIES, INCOME AND EXPENSES

¿Es dueño/a de su casa o la alquila? Propia Alquilada Monto mensual del alquiler o la hipoteca: \$ _____
Do you own or rent your home? Own Rent Monthly rent/mortgage amount

Monto mensua del alquiler o la hipoteca: \$ _____
Amount remaining on mortgage

¿Es dueño/a de su auto o lo alquila? Propio Alquilado Cuota mensual del auto: \$ _____
Do you own or lease your car? Own Lease Monthly car payment amount

Saldo restante del préstamo para el auto: \$ _____
Remaining car loan balance

¿Gastos básicos mensuales? Menos de \$500 dólares Entre \$500 y \$1000 dólares
How much is your monthly living expense? Less than \$500 Between \$500 and \$1,000
 Entre \$1000 y \$2000 dólares Más de \$2000 dólares
Between \$1,000 and \$2,000 More than \$2,000

Ingresos totales de la familia en los últimos tres (3) meses \$ _____
Total family income for the last three (3) months

Saldo de la cuenta corriente \$ _____ Saldo de la cuenta de ahorros \$ _____
Checking Account Balance Savings Account Balance

Inversiones no relacionadas con jubilación \$ _____ Saldo de ahorros de jubilación \$ _____
Non-Retirement Investment Retirement Savings Balance

MARQUE SI RECIBE O CUENTA CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FUENTES ADICIONALES DE RECURSOS:
PLEASE CHECK IF YOU RECEIVE OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING ADDITIONAL RESOURCES

Seguro comercial Seguro de veteranos Champus/Tricare Medicare Medicaid
Commercial Insurance Veteran's

SNAP Cupones para alimentos TANF COBRA Otra, especifique: _____
Food Stamps Other, please specify

¿Este servicio se debió a un accidente para el cual pudiera tener un reclamo o estar representado/a por un abogado? _____
Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?

Si es así, ¿nombre e información de contacto del abogado? _____
If so, what is the attorney's name and contact information?

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a los hospitales Sentara a comprobar esta información con los empleadores y otras agencias. También entiendo que agencias federales o estatales son susceptibles de revisar esta información. Entiendo además que se espera que yo solicite cualquier otra ayuda que pueda estar a mi disponibilidad.
I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.

Firma
Signature

Fecha de la solicitud
Date Requested

Place
Stamp
Here

Sentara RMH Medical Center
Sentara RMH Business Office
532 South Main Street
Harrisonburg, Virginia 22801

Apreciado/a paciente de Sentara,
Como proveedores de atención médica, nos interesa el bienestar de nuestros pacientes desde el momento en que llegan al hospital hasta que se les da de alta y reciben la factura.

Entendemos que los gastos de atención médica a menudo son imprevistos y que puede parecer abrumador cumplir con una obligación financiera. Esto es especialmente cierto si no tiene cobertura de seguro médico.

Si cree que podría reunir los requisitos de ayuda financiera o de atención médica a precio reducido en base a sus ingresos, ayúdenos a evaluar su elegibilidad para recibir ayuda llenando este formulario y devolviéndonoslo.

También nos puede llamar al
(540) 564-5866, o gratis al 1-888-389-1644.
Esperamos ayudarle.



S E N T A R A®

Su comunidad, socio de salud sin ánimo de lucro

SMH_SP

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos.
Llame al 844-809-6648.

Por favor humedezca y selle esta solicitud con cuidado para asegurar que su información esté segura y que este formulario esté completamente cerrado usando este listón.

