



AYUDA FINANCIERA DE INOVA

Fecha (Date) ____ / ____ / ____

IAH IFH IMVH IFOH ILH

Paciente (Patient) _____

Número de expediente médico (MRN) _____

ESTIMADO PACIENTE/GARANTE:

He recibido su **formulario para recibir ayuda financiera de Inova**. Para procesar su solicitud, se necesita la siguiente información.

Proporcione los documentos según se indica a continuación: (todos los que correspondan en su caso. Envíe solo copias, no los originales)

X **Copia** de su declaración federal de impuestos del 2018 y de su **cónyuge o pareja de hecho**.
(Envíe las primeras 2 páginas de sus impuestos: formularios 1040)

X **Copia** de 2 talonarios de pago de salario actuales **suyos, de su cónyuge o de su pareja de hecho**.

- Si le pagan en efectivo, proporcione una carta **notariada** de su **empleador** en la que se indique su sueldo y horas de trabajo y el nombre, la dirección y el número de teléfono de su empleador.
- Comprobante de cualquier otro tipo de ingreso recibido por CUALQUIER miembro del **núcleo familiar/de la familia**
--- Desempleo, seguro social, discapacidad, jubilación, manutención conyugal o de menores.
- Verificación de ayuda (si usted y su cónyuge o pareja no trabaja) (notariada)
- Comprobante de residencia (fechado 9 meses antes de que el servicio tuviera lugar)
- Autodeclaración de ingresos (proporcione una declaración de un año hasta la fecha de su contador o un documento notariado de usted)
- Otros

El hecho de no presentar los documentos solicitados dará como resultado el RECHAZO de su solicitud, dejándolo responsable de todo el saldo.

Para cualquier duda, o si necesita más tiempo para reunir los documentos solicitados, llame al **571-423-5880**.

Si prefiere enviar los comprobantes mediante fax, nuestro número de fax es **571-423-5886**.

**** Una vez que se reciban los comprobantes de ingreso y el tamaño de la familia, por favor permita que pasen 30 días para que procesemos las cuentas ****

===== ¡IMPORTANTE! =====

Adjunte los documentos a esta hoja y envíela por correo dentro de quince (15) días a:

**INOVA Health System
Financial Aid Office
2990 Telestar Court, 1st floor
Falls Church, VA 22042**



Devuelva el formulario completo a:

Inova
2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

Patient Accounts
Financial Assistance Form

Cuentas de pacientes
Formulario de asistencia financiera

N.º DE EXP. MÉDICO / GARANTE		FECHA DEL SERVICIO:			NÚMERO DE CUENTA				
NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO		NOMBRE		INICIAL SEGUNDO	N.º SEG. SOC.		FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		
DIRECCIÓN POSTAL				N.º APT.	CIUDAD		ESTADO		
¿CUÁNTO HACE QUE VIVE EN ESTA DIRECCIÓN?							N.º DE TELÉF. DE CASA		
NOMBRE DEL EMPLEADOR:			N.º TELÉF. DEL EMPLEADOR:		N.º DE PERSONAS EN LA FAMILIA		¿ESTÁ EMBARAZADA?		
NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NAC.	N.º SEG. SOC.	SEXO	PARENTESCO	NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NAC.	N.º SEG. SOC.	SEXO	PARENTESCO
1.	/	/	/		3.	/	/	/	
2.	/	/	/		4.	/	/	/	

¿Cuáles son los montos y fuentes de ingreso de la familia? (incluya sueldos/salarios/ingresos de cualquier fuente para paciente y cónyuge, padres, si el paciente es menor)

	\$	Marque con un círculo el código de ingresos					\$	Marque con un círculo el código de ingresos			
		S	2S	M	A			S	2S	M	A
1. Sueldos	\$					8. Otros	\$				
2. Otros sueldos	\$						\$				
3. Ayuda general	\$					1. Seguridad de Ingreso Suplementario	\$				
4. Seguro social / Discapacidad de la SSI	\$					2. Trabajo estudiantil/préstamos de estudios/becas	\$				
5. Ayuda para hijos dependientes	\$					3. Subsidios del gobierno	\$				
6. Manutención conyugal/de menores	\$					4. Otros	\$				
7. Ingreso para desempleados	\$						\$				

Códigos de ingresos: S = semanal 2S = quincenal M = mensual A = anual

Esta visita está relacionada con: Accidente vehicular Sí (Yes) No Lesión en su trabajo Sí (Yes) No

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que el hospital exigirá COMPROBANTES DE INGRESOS (informe crediticio, declaraciones de renta, talonarios de pago de salario, determinación de discapacidad, etc.) y autorizo a la Agencia de Créditos Equifax o a agencias de servicios sociales para que divulguen la información necesaria para completar el proceso de solicitud. Además, presentaré una solicitud para cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, seguros, etc.) que pueda estar disponible para pagar mis gastos del hospital. Tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha ayuda y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada para cubrir los gastos hospitalarios. Si se demuestra que cualquier información que yo haya proporcionado es falsa, comprendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier medida que sea apropiada.

Se debe enviar documentación justificativa dentro de quince (15) días para que esta solicitud se tome en cuenta.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA DE LA SOLICITUD _____

TOTAL DEL INGRESO CONTABLE: \$ _____

	TOTAL DEL INGRESO CONTABLE: \$				
	100%	250%	400%	500%	
1	\$12,490	\$31,225	\$49,960	\$62,450	
2	\$16,910	\$42,275	\$67,640	\$84,550	
3	\$21,330	\$53,325	\$85,320	\$106,650	
4	\$25,750	\$64,375	\$103,000	\$128,750	
5	\$30,170	\$75,425	\$120,680	\$150,850	
6	\$34,590	\$86,475	\$138,360	\$172,950	
7	\$39,010	\$97,525	\$156,040	\$195,050	
8	\$43,430	\$108,575	\$173,720	\$217,150	
9	\$47,850	\$119,625	\$191,400	\$239,250	
10	\$52,270	\$130,675	\$209,080	\$261,350	

Nota: Para familias/núcleos familiares con más de 8 personas, añade \$4,320 por cada persona.

➔ VER REVERSO ➔

Si está desempleado, por favor proporcione a continuación fuentes y montos previos del ingreso familiar:

Fuente: _____

Cantidad: _____

¿Cuál es el saldo TOTAL en sus cuentas corriente, cuentas de ahorro, certificados de depósito o cuentas de valores?	El monto <u>total</u> es: _____
¿Tiene alguna cuenta de jubilación individual? (IRA, 401(k), 401 (b), Keogh))	<input type="checkbox"/> Sí; el valor <u>actual</u> es: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> No
¿Posee automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No; si es Sí (If Yes): N.º 1 AÑO _____ N.º 2 AÑO _____ N.º 3 AÑO _____ MARCA _____ MARCA _____ MARCA _____ MODELO _____ MODELO _____ MODELO _____	Valor del N.º 1: \$ _____ Pago: \$ _____ Saldo adeudado: \$ _____ Valor del N.º 2: \$ _____ Pago: \$ _____ Saldo adeudado: \$ _____ Valor del N.º 3: \$ _____ Pago: \$ _____ Saldo adeudado: \$ _____
¿Recibe ingresos de intereses, dividendos o inversiones?	<input type="checkbox"/> Sí; el monto <u>total</u> es: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> No
Usted: <input type="checkbox"/> es propietario de su vivienda <input type="checkbox"/> vive en alquiler (Own your home) (Rent your home?) Si no: ¿en dónde y con quién vive? _____	Si es <u>PROPIETARIO</u> : Valor actual: \$ _____ Pago/alquiler mensual \$ _____
Residencia de 9 meses verificada <input type="checkbox"/> (9 Month Residency Verified)	

Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

Spanish	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
Korean	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
Vietnamese	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
Chinese	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
Tagalog	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalam sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
Amharic	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
Urdu	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
French	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
Russian	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
Hindi	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
German	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
Bengali	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
Kru (Bassa)	Tò Dùù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìn dyi Gòdǝ̀-̀wùdù̀ (Bàsò̀-̀wùdù̀) pò ní, ní, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nò à gbo bó pídyi. M̩ dyi ǝ̀ dè mó nò à gbo ní, m̩ me nyue bɛ́ à kùà-nyò bɛ̀ b̩ kée dýí dyuò, ké à kè m̩ kè mue jè c̩èin nòmò dýiin.
Ibo	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwekọrịta ga-aga nke ọma.
Yoruba	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn işe iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.