



Estimado paciente de Sentara:

Como proveedores de atención médica, nos preocupamos por el bienestar de nuestros pacientes desde el primer ingreso al hospital hasta el alta y la facturación.

Entendemos que los gastos de atención médica suelen no estar planificados y cumplir con esta obligación financiera puede parecer abrumador. Esto resulta especialmente cierto si no tiene cobertura de un seguro médico.

Si cree que puede ser elegible para recibir asistencia financiera o atención médica a una tarifa reducida en función de sus ingresos, ayúdenos a evaluar su elegibilidad para recibir asistencia completando y enviándonos este formulario.

También puede llamarnos al (757) 233-4600. Esperamos poder ayudarlo.

Coloque en un sobre y envíe por correo la solicitud firmada con un comprobante de ingresos a la siguiente dirección:

**Sentara Health
Attn: Financial Coordinator
P.O. Box 117839
Atlanta, GA 30368-7839
For more information visit:
sentara.com/financialassistance**

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

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-809-6648 번으로 전화해 주십시오.

注意: 如果您讲中文普通话, 则为您提供免费的语言辅助服务。请致电 844-809-6648。

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 844-809-6648.

Sentara complies with applicable Federal Civil Rights Laws and does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the grounds of race, culture, color, religion, marital status, age, sex, sexual orientation, gender identity, gender expression, national origin, disability, or source of payment.



Nombre del paciente: _____ Cuenta/número de visita: _____
Domicilio del paciente: _____
N.º de teléfono: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de alta: _____
Cargo total: _____ Monto de la cancelación: _____
Asistencia solicitada por: _____ Relación con el paciente _____

Enumere a cada miembro del hogar del paciente, incluido el paciente, como figura en la declaración de impuestos. Use hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	INGRESOS BRUTOS MENSUALES	FUENTE DE INGRESOS

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SOBRE SUS ACTIVOS, PASIVOS, INGRESOS Y GASTOS:

¿Es propietario de su vivienda o la alquila? ☐ Propietario ☐ Alquiler
Monto mensual del alquiler o de la hipoteca: \$ _____
Monto restante de la hipoteca: \$ _____

¿Es propietario de su automóvil o lo alquila? ☐ Propietario ☐ Alquiler
Monto mensual del pago del automóvil: \$ _____
Saldo restante del préstamo del automóvil: \$ _____

¿De cuánto son sus gastos básicos mensuales? ☐ Menos de \$500 ☐ Entre \$500 y \$1,000
☐ Entre \$1,000 y \$2,000 ☐ Más de \$2,000

Ingresos familiares totales de los últimos tres (3) meses \$ _____

Saldo de la cuenta corriente \$ _____ Saldo de la cuenta de ahorros \$ _____

Inversiones no relacionadas con la jubilación \$ _____

Saldo de ahorros para la jubilación \$ _____

¿Usted o algún niño en su hogar es elegible para Medicaid?

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Sentara Health a verificar esta información con los empleadores y otras agencias. También entiendo que esta información está sujeta a revisión por parte de agencias federales o estatales. También entiendo que se espera de mí que solicite cualquier otra ayuda de la que pueda disponer.

Firma _____ Fecha de la solicitud _____