

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