

**PRINCESS ANNE AMBULATORY SURGERY CENTER
1975 GLENN MITCHELL DR. STE 300
VIRGINIA BEACH, VA 23456
757-507-0170**

Solicitud de ayuda financiera: determinación de elegibilidad

Nombre del/de la paciente: _____ N.º de expediente médico: _____
Patient Name: MR#

Dirección del/de la paciente: _____
Patient Address

N.º de teléfono: _____ Fecha del servicio: _____
Phone #: Date of Service

Monto total: _____ Monto de la donación de caridad solicitada: _____
Total Charges: Amount of Charity Requested

Caridad solicitada por: _____ Relación con el/la paciente: _____
Charity 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. Usar hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE: <i>NAME</i>	EDAD: <i>AGE</i>	RELACIÓN: <i>RELATIONSHIP</i>	INGRESOS BRUTOS MENSUALES: <i>GROSS MONTHLY INCOME</i>	DIRECCIÓN Y N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: <i>EMPLOYER ADDRESS & PHONE #</i>

N.º de personas en su hogar: _____ ¿Es dueño/a de su casa? Sí No o ¿Paga renta? Sí No
Total number in household: Do you own your home? Yes No or Do you rent? Yes No

Otras fuentes de ingresos
Other Sources of Income

Monto bruto al mes
Gross Amount per Month

Ingresos totales de la familia en los últimos tres (3) meses: _____ X 4 = 12 meses Total _____
Last 3 Months Total Family Income: X 4 = 12 Months Total
Total Gross Income

MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES RECURSOS MÉDICAS QUE TENGA:

Seguro comercial Servicios para veteranos Tricare Medicare Medicaid
Commercial Insurance Veteran's Affair

¿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?

Sí _____ No _____
Yes No

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

Para que la solicitud esté completa, DEBE INCLUIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Las declaraciones de renta federales de los dos (2) últimos años (los formularios W2 solos no son suficientes).

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo al centro de cirugía ambulatoria Princess Anne 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.

Firma: _____ Fecha de la solicitud: _____

**PRINCESS ANNE AMBULATORY SURGERY CENTER
1975 GLENN MITCHELL DR. STE 300
VIRGINIA BEACH, VA 23456
757-507-0170**

To be completed by PAASC (A llenar por el centro PAASC): Date received: _____ Documents for income verification: _____

[] Approved for Charity [] Reduced Fee [] Denied Reason: _____

Approved By: _____ Date: _____