

Estimado paciente:

Si lo necesita, Centra desea ayudarlo a comprender su responsabilidad financiera. Para aquellos que no tienen seguro médico, planes con deducibles altos u otras formas de pagar su atención, ofrecemos varias opciones de asistencia. Como parte del compromiso de atender a nuestra comunidad, ofrecemos programas para ayudar a aquellos que cumplen ciertos criterios financieros.

Centra usa las pautas federales de pobreza para Servicios Humanos y de Salud para determinar la calificación para el descuento parcial o completo de su responsabilidad financiera por los servicios prestados. El gobierno federal actualiza estas pautas anualmente, y Centra las implementa.

Si tiene preguntas, llame al 434-200-3777 para hablar con un integrante del personal de servicio de atención al cliente.

PASO 1: complete la información del paciente. Complete en su totalidad toda la información sobre el paciente.

PASO 2: complete la información sobre ingresos y activos. Esto incluye ingresos de su empleador, ayuda del servicio social (cupones para alimentos. Ayuda para niños dependientes [Aid to Dependent Children, ADC]), ayuda del gobierno (seguro social, beneficios de Asuntos de veteranos [Veteran Affairs, VA]) y todos los demás ingresos. Incluya también información sobre ingresos y activos de su cónyuge, si corresponde. Si algún niño tiene 18 años o más, se requiere un formulario por separado.

PASO 3: complete los gastos mensuales. Esto incluye pagos hipotecarios, alquileres, servicios públicos, préstamos, gastos médicos u otros gastos.

Determine qué tipos de documentación pueden aplicarse a su situación a continuación: (Envíe copias únicamente. Los originales no se devolverán).

- **COMPROBANTES DE SALARIOS:** si es empleado, debe proporcionar sus comprobantes de salarios de un mes, de no más de tres meses de antigüedad. Si no dispone de los comprobantes, debe proporcionar una carta de su empleador que indique el salario de un mes.
- **DESEMPLEO:** formularios que verifiquen los beneficios semanales.
- **AUTÓNOMO:** proporcione su declaración federal de impuestos sobre el ingreso del año actual, incluidos todos los apéndices.
- **OTROS RECURSOS:** beneficios de jubilación, cheque de alivio general, cheque de ADC, asignación de fondos fiduciarios, cheque de manutención de los hijos y pensión alimenticia.
- **BENEFICIOS GUBERNAMENTALES:** carta que confirme o niegue beneficios del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplement Security Income, SSI), VA u otros beneficios gubernamentales, copia de cheques o estados de cuenta bancaria que demuestre el depósito automático.
- **SERVICIOS SOCIALES:** aprobación, rechazo o estado pendiente de su departamento local de servicios sociales. Cualquier carta que confirme la recepción del monto del beneficio mensual de la vivienda o los cupones para alimentos.
- **ESTADOS DE CUENTA BANCARIA:** estados de cuenta de ahorros o corriente más recientes del banco o de la institución financiera.
- **LICENCIA POR ENFERMEDAD:** declaración del médico que indique las fechas durante las cuales no puede trabajar. Declaración del empleador que indique la licencia por enfermedad con goce de sueldo o si está de licencia sin goce de sueldo, el plazo bruto hasta la fecha y la fecha de contratación.
- **CARTA DE APOYO:** carta que verifique el apoyo de familiares o amigos (cuando no se informan ingresos o no es suficiente para mostrar apoyo).
- **ESTUDIANTES:** montos de becas, préstamos, trabajo-estudio, estipendio, matrícula o subvención.

PASO 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre del paciente:	Número de seguro social:	
Dirección:	Fecha de nacimiento:	
Ciudad, estado, código postal:	N.º de teléfono:	No.º de registro médico:

PASO 2: COMPLETE LA INFORMACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS *Si no hay ingresos informados, explique sus medios de apoyo financiero.

¿Quién es el jefe de familia? Este es el integrante de la familia que proporciona alimentos y vivienda para el solicitante. El solicitante puede ser el jefe de familia. En la sección de familia no se debe incluir a un integrante que no sea de la familia.

Integrantes de la familia: inclúyase a sí mismo y a los dependientes reclamados en el hogar.	Edad	Relación con el jefe de familia	Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)	Nombre del empleador	No.º de teléfono del empleador

Si el paciente o el jefe de familia está desempleado, indique la fecha en que finalizó el empleo: _____

Etiqueta del paciente (Patient Label)

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO COMPLETO
 A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Atención: Customer Service Centra
 Patient Accounting Services
 PO Box 2496
 Lynchburg, Virginia 24505-2496

Solicitud de asistencia financiera
 (Application For Financial Assistance)
 Centra #888-3427
 Rev. 06/08/22
 Página 1 de 2 (Page 1 of 2)



Centra
Solicitud de asistencia financiera
CONFIDENCIAL

PASO 2: INGRESOS / ACTIVOS, CONTINUACIÓN

¿Tiene Medicaid? Si / No *Si la respuesta es si, proporcione una copia de su tarjeta de Medicaid.

¿Alguna vez solicitó Medicaid? Si / No *Si la respuesta es si, indique dónde y cuándo: _____

¿Cuenta corriente? marque una opción con un círculo: Si / No Número de cuenta:	Nombre del banco: Ubicación:	Saldo: \$
¿Cuenta de ahorros? marque una opción con un círculo: Si / No Número de cuenta:	Nombre del banco: Ubicación:	Saldo: \$
¿Inversiones? marque una opción con un círculo: Si / No Acciones, bonos cuenta de retiro individual (IRA), 401K / 403B, certificado de depósito (CD), etc.	Nombre del banco: Ubicación:	Saldo: \$

¿Propietario de bienes raíces? marque una opción con un círculo: Si / No Dirección:	Alquiler / compra marque una opción con un círculo	Superficie total:	Pago mensual: \$
¿Propietario de bienes raíces? marque una opción con un círculo: Si / No Dirección:	Alquiler / compra marque una opción con un círculo	Superficie total:	Pago mensual: \$

¿Propiedad personal imponible: (marque una opción con un círculo) Si / No (enumere automóviles, barco, camiones, motocicletas, autocaravanas, casas rodantes, etc.)

Artículo:	Marca Modelo:	Año:	Monto adeudado: \$	Valor: \$
Artículo:	Marca Modelo:	Año:	Monto adeudado: \$	Valor: \$
Artículo:	Marca Modelo:	Año:	Monto adeudado: \$	Valor: \$

¿Tiene una póliza de seguro de vida para usted o algún dependiente mayor de 21 años con un valor de capitalización mayor que \$1,500 (marque una opción)? Si / No

Nombre de la compañía de seguro: _____ Número de póliza: _____

¿Valor de capitalización? \$ _____

¿Está trabajando actualmente con un abogado o una compañía aseguradora en una reclamación por accidente (marque una opción con un círculo)? Si / No

Nombre del abogado o de la compañía de seguros

Número de teléfono

Fecha del accidente / Número de reclamación

PASO 3: COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOBRE FASTOS Y OBLIGACIONES

Hipoteca / alquiler	\$	Electricidad	\$
Transporte (monto del préstamo / combustible)	\$	Otros servicios públicos: (teléfono, cable, agua, etc.)	\$
Alimentos	\$	Médicos (incluir receta)	\$
Préstamos	\$	Tarjetas de crédito (total)	\$
Otros gastos	\$		\$
Total Monthly Expense, all columns			\$

A FIN DE QUE CENTRA CUMPLA CON LAS PAUTAS ESTATALES, CADA UNO DE LOS ARTICULOS ENUMERADOS EN ESTA SOLICITUD REQUERIRA DOCUMENTACIÓN NO ENVÍ SU SOLICITUD A MENOS QUE HAYA ADJUNTADO TODOS LOS ARTÍCULOS NECESARIOS PRESENTE LA INFORMACIÓN DE INMEDIATO O USTED SERA RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS.

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES COMPLETA, EXACTA Y VERDADERA, SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR SI REÚNO LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DE CENTRA U OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FEDERAL O FINANCIADO POR EL ESTADO, INCLUIDA LA VERIFICACIÓN DE MI SALARIO O SUELDO, EL SALDO DE CUALQUIER CUENTA BANCARIA QUE MANTENGA, EL VALOR DE CAPITALIZACIÓN DE CUALQUIER PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE POSEA, ASI COMO EL VALOR DE CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL O INMUEBLE QUE SEA DE MI PROPIEDAD O ESTÉ COMPRANDO EN CASO DE SER PERITIDO A UN PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FEDERAL O FINANCIADO POR EL ESTADO AUTORIZO A CENTRA A DIVULGAR Y OBTENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA ESE FINANCIAMIENTO.

***FIRMAS REQUERIDAS**

Firma del solicitante:	Fecha / hora:
Firma del cónyuge:	Fecha / hora:

Etiqueta del paciente (Patient Label)