

Formulario de estado financiero

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Número historial clínico _____ Número Seguro Social _____
Estado civil _____
Ciudadano Sí No Residente en Virginia Sí No
Dirección _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____
Empleador* _____ Teléfono _____
Dirección del empleado _____

Información del cónyuge o garante

Nombre completo _____
Relación Esposo/Esposa Niño/Niña Padre/Madre Otra _____
Fecha de nacimiento _____ Número Seguro Social _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____
Empleador* _____ Teléfono _____
Dirección del empleado _____

Información sobre dependiente

Número de personas, incluido usted, en el hogar que depende de los ingresos declarados _____. Enumere los dependientes que no sean el paciente:

Nombre	Número Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ingresos brutos

Salario o salarios	Paciente _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
	Esposo/Esposa _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Seguro Social	Paciente _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
	Esposo/Esposa _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Asistencia pública	Paciente _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
	Esposo/Esposa _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Auto-empleo	Paciente _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
	Esposo/Esposa _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Manutención de los hijos	Paciente _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
	Esposo/Esposa _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Ingresos totales _____

*Si trabaja por cuenta propia, identifique el tipo de negocio

Public Benefits Department

Box 980138 | Richmond, Virginia 23298-0138
(804) 828-0966 | Fax (804) 828-2029
Número gratuito 1-800-762-6161
De lunes a viernes, 9 a.m. to 4 p.m.



Activos

Cuentas bancarias:

Cuenta de cheques _____ Esposo/Esposa _____ Nombre del banco _____
Cuenta de ahorro _____ Esposo/Esposa _____ Nombre del banco _____
Otro _____ Esposo/Esposa _____ Nombre del banco _____

Vehículos:

Año _____ Marca del vehículo _____ Modelo de vehículo _____
Año _____ Marca del vehículo _____ Modelo de vehículo _____

Valor de la casa _____ Valor de la casa móvil _____ Precio del terreno _____
Seguro de vida o de término completo _____ Acciones o bonos _____

Los activos totales _____

Pasivos

Renta _____ Hipoteca _____

Utilidades:

Gas _____ Mensual Trimestral Bianual Anual
Electricidad _____ Mensual Trimestral Bianual Anual
Agua _____ Mensual Trimestral Bianual Anual
Teléfono _____ Mensual Trimestral Bianual Anual
Comestibles _____ Mensual Trimestral Bianual Anual

Cuentas a cargo y préstamos:

_____ Mensual Trimestral Bianual Anual
_____ Mensual Trimestral Bianual Anual
_____ Mensual Trimestral Bianual Anual

Préstamos para vehículos:

_____ Mensual Trimestral Bianual Anual

Facturas médicas:

_____ Mensual Trimestral Bianual Anual
_____ Mensual Trimestral Bianual Anual
_____ Mensual Trimestral Bianual Anual

Los pasivos totales _____

Otra cobertura de terceros:

Las compañías de seguros _____ Número de suscriptor _____
_____ Número de suscriptor _____

Certifico que la información presentada anteriormente es verdadera y correcta a mi saber y entender y autorizo a VCU Health System Authority a verificar esta información poniéndose en contacto con empleadores u otras agencias y dirigiendo una verificación de crédito. También accedo a proporcionar verificación de mi estado financiero declarado anteriormente dentro del plazo establecido para ser considerado para recibir ayuda. Si, en cualquier momento, obtengo seguro médico o mi situación económica cambia, comprendo que es responsabilidad mía notificar a VCU Health System Authority. Autorizo a VCU Health System Authority a divulgar mis informes financieros (incluido el número de seguridad social) a compañías farmacéuticas y/o otros agentes para determinar la idoneidad para recibir ayuda económica para medicamentos y otros programas de ayuda.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del cónyuge o garante _____ Fecha _____

Entrevistado o presenciado por _____ Fecha _____