

Es posible que usted califique para un descuento de asistencia financiera basado en la siguiente tabla si su ingreso bruto familiar anual es igual o inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), según lo publicado anualmente por ASPE (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>), y los activos líquidos del hogar son igual o inferior a \$ 15,000.  
**Es posible que tenga que pagar una parte de la factura incluso después de que se le haya aprobado:**

INGRESO BRUTO FAMILIAR ANUAL	DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA
• 0 a 200 % del Nivel Federal de Pobreza .....	100 %
• 201 a 400 % del Nivel Federal de Pobreza .....	60 %
• Más del 400 % del Nivel Federal de Pobreza .....	No califica para el descuento de asistencia financiera

### INSTRUCCIONES IMPORTANTES:

1. Complete la solicitud en su totalidad, sin dejar ningún espacio en blanco. Si los espacios no aplican a su caso, táchelos o escriba N/A (no aplica). No olvide incluir la(s) firma(s). Las parejas casadas deben presentar una sola solicitud.
2. Presente **fotocopias** de la siguiente documentación junto con su solicitud (**las solicitudes financieras sin documentación no serán procesadas**):
  - a. Comprobante de los ingresos brutos de los tres últimos meses, suyos o de su cónyuge (todos los talones de sueldo/declaraciones de ingresos, carta del seguro social/ discapacidad, extracto de pensión, etc.). Si usted o su cónyuge trabajan de forma independiente, presente una declaración de impuestos del año en curso o un resumen de los ingresos y gastos de la empresa de los últimos 3 meses. Si no tiene ingresos familiares, debe presentar documentación que demuestre cómo se mantiene a sí mismo y a su familia.
  - b. Todos los estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses (incluidas las cuentas en línea como Chime, Ally, Dave, etc.), para usted o su cónyuge. Los estados de cuenta bancarios **deben** mostrar el nombre del banco, el número de cuenta, el nombre y la dirección del titular de la cuenta, contener todas las páginas y reflejar todas las transacciones.
  - c. Los tres estados de cuenta más recientes de cualquier aplicación para compartir dinero utilizada (Venmo, Cash App, PayPal, etc.)
3. Es posible que se requiera documentación adicional tras la revisión.

Se enviará una determinación por correo postal a la dirección proporcionada en la solicitud. **La asistencia financiera permanece vigente durante un periodo de seis meses a partir de la aprobación y puede aplicarse de manera retroactiva hasta 240 días a las cuentas que cumplan los requisitos de acuerdo con la política de asistencia financiera.**

### RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO

De acuerdo con su misión de brindar servicios de salud y bienestar de alta calidad para la comunidad, Augusta Health y Augusta Medical Group están comprometidos a proporcionar atención gratuita o con descuento a las personas que necesitan tratamiento de emergencia o tratamiento de necesidad médica y tienen un ingreso bruto familiar anual estimado en o por debajo del 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y no tienen más de \$ 15,000 en activos líquidos. Las personas que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera no deberán pagar más que los montos promedio generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a los pacientes con seguro comercial por atención de urgencia o necesaria desde el punto de vista médico. Augusta Health no iniciará acciones de cobranza contra una persona sin antes realizar esfuerzos razonables para determinar si dicha persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.

Los Defensores Financieros están disponibles llamando al (540) 332-4600, de lunes a viernes, desde las 8:00 a. m. hasta las 4:30 p. m., para conversar sobre el proceso de solicitud. Para obtener una copia gratuita o más información sobre la política de asistencia financiera o la solicitud de Augusta Health/Augusta Medical Group, llame al (540) 332-4600, visite la Oficina Comercial de Augusta Health ubicada en 189 Medical Center Circle, Fishersville, VA, envíe una solicitud por correo postal a la dirección que aparece al final de esta página o visite: <https://www.augustahealth.com/business-office/financial-assistance>.

AUGUSTA HEALTH  
BUSINESS OFFICE - FAF  
P.O. BOX 1000  
FISHERVILLE, VA 22939



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Solo para uso de oficina:

Fitness Center  Hospice

Envíe la solicitud y los documentos a:  
**AUGUSTA HEALTH BUSINESS OFFICE-FAF**  
P.O. BOX 1000  
FISHERVILLE, VA 22939  
Fax: (540) 332-5185

Complete la solicitud en su totalidad, sin dejar nada en blanco. Las solicitudes incompletas o sin firmar no serán procesadas. Si algo no aplica a su caso, escriba N/A (no aplica).

Apellido del solicitante	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º DE SEGURO SOCIAL
Dirección física		Ciudad	Estado	Código postal
				Número de teléfono

Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situación laboral:  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante tiempo completo  Independiente  Jubilado  Desempleado desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del empleador ACTUAL  Número de teléfono del empleador  ¿El empleador ofrece seguro médico?  
 Sí  No

¿Tiene seguro médico?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del seguro:  N.º de póliza/afiliado

FUENTE(S) DE INGRESOS DEL SOLICITANTE: (Complete todo lo que aplique y adjunte la documentación de los últimos 3 meses de cada uno)

INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS QUE RECIBE	¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE SUS INGRESOS?	INGRESO BRUTO
Empleo ACTUAL (talones de sueldo)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Trabajo de forma independiente (adjunte la declaración de impuestos <b>completa</b> )	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Jubilación/Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Jubilación	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Pensión	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Discapacidad a corto o largo plazo del empleador	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / <input type="checkbox"/> Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Prestación por desempleo	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Otro:	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$

Apellido del cónyuge	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º DE SEGURO SOCIAL
----------------------	---------------	----------------	---------------------	----------------------

Situación laboral:  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante tiempo completo  Independiente  Jubilado  Desempleado desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del empleador ACTUAL  Número de teléfono del empleador  ¿El empleador ofrece seguro médico?  
 Sí  No

¿Tiene seguro médico?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del seguro:  N.º de póliza/afiliado

FUENTE DE INGRESOS DEL CÓNYUGE: (Complete todo lo que aplique y adjunte la documentación de los últimos 3 meses de cada uno)

INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS QUE RECIBE	¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE SUS INGRESOS?	INGRESO BRUTO
Empleo ACTUAL (talones de sueldo)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Trabajo de forma independiente (adjunte la declaración de impuestos <b>completa</b> )	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Jubilación/Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Jubilación	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Pensión	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Discapacidad a corto o largo plazo del empleador	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / <input type="checkbox"/> Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Prestación por desempleo	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$
Otro:	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	\$

**AMBAS PÁGINAS DEBEN SER COMPLETADAS Y DEVUELTAS PARA SER CONSIDERADAS**

**DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE Y DE SU CÓNYUGE:** (Enumere todas las cuentas bancarias abiertas y adjunte los estados de cuenta de los últimos 3 meses)

NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA	ACTUAL
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Mercado monetario <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Mercado monetario <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Mercado monetario <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Mercado monetario <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$

(marque las casillas si se aplica)  Certifico que **NO** tengo una cuenta bancaria.  
 Certifico que **mi cónyuge NO** tiene cuenta bancaria.

**INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES:** Sus propios hijos o los que estén bajo su custodia legal que **sean menores de 18 años**  
 (Proporcione la documentación legal de todos los niños enumerados a continuación que estén bajo su custodia física por orden judicial)

APELLIDO DEL NIÑO	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

¿Es propietario o alquila su vivienda?  Propietario  Alquiler Importe mensual de la hipoteca/alquiler: \$ \_\_\_\_\_  
 Hipoteca pagada en su totalidad  Derechos vitalicios  Vivo con otra persona y no pago

¿Es propietario de una segunda vivienda?  Sí  No En caso afirmativo, ingresos mensuales por alquiler: \$ \_\_\_\_\_

¿Es propietario o alquila su vehículo?  Propietario  Alquiler Importe del pago mensual del vehículo: \$ \_\_\_\_\_

Sus gastos de manutención mensuales estimados:  \$ 0 a \$ 1,000  \$ 1,000 a \$ 2,000  Más de \$ 2,000

¿Recibe prestaciones del programa de asistencia alimentaria nutricional suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o de la tarjeta de débito bancaria (EBT, por sus siglas en inglés)?  Sí  No En caso afirmativo, importe mensual de la prestación: \$ \_\_\_\_\_

¿Presentó la declaración de impuestos del año anterior?  Sí  No En caso negativo, indique el motivo: \_\_\_\_\_

¿Solicitó Medicaid recientemente?  No  Sí Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado:  Aprobado  Denegado  Pendiente

¿Solicitó recientemente una prestación por incapacidad?  No  Sí En caso afirmativo, fecha de la solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Marque todas las que apliquen a su caso: **Estoy:**  Ciego  Embarazada  Discapacitado  Tengo una enfermedad renal en etapa terminal (ERET)

**CERTIFICACIÓN:** Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y exacta y que entiendo que, si se comprueba que cualquier información proporcionada es falsa, esta solicitud será denegada automáticamente. Al firmar a continuación, autorizo a Augusta Health a verificar la información proporcionada en esta solicitud con el empleador o empleadores mencionados y cualquier otra agencia mencionada. Entiendo que se me puede pedir información y documentación adicional para completar mi solicitud de asistencia financiera. También entiendo que soy totalmente responsable de cualquier parte de mis facturas médicas no cubiertas a través de esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cónyuge**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_