



Mother of Mercy Free Medical Clinic
703-335-2779
703-420-8993 - Fax

Pt. ID # _____

Revisión Financiera

¿Embarazada? SI NO

Nombre:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Número de Social	Fecha de Nacimiento	Genero

Dirección:

Número y Calle	Ciudad/Estado	Código postal
----------------	---------------	---------------

Teléfono: _____ **Raza/Etnicidad:** _____ **Idioma** _____

Correo Electrónico: _____ **Relación con contacto de emergencia:** _____

Nombre de Contacto de emergencia: _____ **Teléfono de contacto de emergencia:** _____

Estado Civil: Casado Vivo con alguien Soltero Separado

Personas en Hogar (hijos menores de 18 años y pareja): Adultos _____ Niños _____ **Total** _____

Nombre Completo de Dependiente	Fecha de Nacimiento	Nombre Completo de Dependiente	Fecha de Nacimiento

Empleo/Ingresos del PACIENTE:

¿Trabajas? Si No, _____

¿Si no tienes ingresos, como te mantienes? _____

¿Si trabajas, como se llama tu empleador?: _____

¿Cómo te pagan? Cheque/Colilla Cash/Efectivo

¿Cada cuánto te pagan? Cada (1) semana Cada dos (2) semanas Una (1) vez al mes

De vez en cuando porque trabajo por contrato

¿Cuánto ganas más o menos cada cheque? _____

¿Tienes declaración de impuestos del año pasado? Si No

Empleo/Ingresos del ESPOSO/PAREJA del paciente:

¿Trabaja? Si No, porque _____

¿Si no tienes ingresos, como se mantienen? _____

¿Si trabaja, como se llama su empleador?: _____

¿Cómo le pagan? Cheque/Colilla Cash/Efectivo

¿Cada cuánto le pagan? Cada (1) semana Cada dos (2) semanas Una (1) vez al mes

De vez en cuando porque trabajo por contrato

¿Cuánto gana más o menos cada cheque? _____

¿Tienes declaración de impuestos del año pasado? Si No

¡POR FAVOR LLENA LA SEGUNDA PAGINA PARA COMPLETAR Y FIRMAR LA APPLICACION!

CONDIFENTIAL





Mother of Mercy Free Medical Clinic

703-335-2779

703-420-8993 -Fax

Pt. ID # _____

Verificación de Seguro Médico

¿Tienes seguro medico? Si No

¿Si tienes seguro, cual es el nombre de la compañía de seguros? _____

¿Si no tienes seguro, por qué? _____

¿Aplicaste para Medicaid/Medicare? Si No

¿Si NO, por qué? _____

Yo, _____, por la presente, juro que no tengo seguro de salud para el pago de facturas médicas. Por la presente declaro que no estoy calificado para recibir cobertura médica bajo la póliza de cualquier familiar con el que pueda o no pueda residir.

Charity Care Program

¿Has aplicado para ayuda financiera en el pasado con Novant Health o Sentara Healthcare? Sí No

¿Si aplicaste, cuando? _____

_____ (iniciales) Certifico que la información proporcionada es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa puede ser causa de denegación de servicios. Entiendo que mi información es confidencial y no se utilizará para ningún fin que no sea el de verificar la elegibilidad para los servicios clínicos. Entiendo que se requiere comprobante de ingresos, que puede incluir: copia de los recibos de sueldo, copia de las declaraciones de impuestos del año pasado, W-2, 1099, carta del empleador o declaración jurada de no ingresos. También se me pedirá que presente una identificación con foto (licencia de conducir u otra identificación emitida por el gobierno), comprobante de residencia (contrato de alquiler, facturas en mi nombre o título de mi casa), y comprobante de seguro no limitado (Carta del empleador sin seguro), Documentación de trabajo por cuenta propia, plan de seguro limitado, declaración jurada de no seguro, no elegible para Medicaid / Medicare). Entiendo que tendré que volver a certificar mi elegibilidad para los servicios cada seis meses si se me aprueba o puedo volver a solicitar los servicios si cambian mis circunstancias.

Yo confirmo que la información en esta aplicación incluye:

- Prueba de Identificación (licencia de manejar, pasaporte, o identificación con foto del gobierno)
- Prueba de Ingreso (*colillas, verificación de ingresos, declaración de apoyo, ingresos de Social Security, estampilla de comida (SNAP), y/o TANF*)
- Prueba de Dirección (contrato de renta, factura de servicios públicos, estado de cuenta bancaria, o factura médica)

¡NO SE ACEPTARÁ LA APLICACION A MENOS QUE ESTÉ COMPLETA Y TODOS LOS DOCUMENTOS DE APOYO ESTÁN INCLUIDOS!

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Internal use only:

Calculations:

N/A Patient Monthly Income: _____ Patient Annual Income: _____

N/A Family Monthly Income: _____ Family Annual Income: _____

Other Notes:

Federal Poverty Level: _____ Approved Denied

Name of Interviewer: _____ Date: _____

CONDIFENTIAL

