

Ayuda económica

VCU Health se enorgullece de su misión que es proporcionar una atención de calidad a todo el que la necesita. Si usted no tiene seguro médico y está preocupado por cómo pagar su cuidado médico, nosotros podemos ayudarle. Es importante que nos comunique si tiene problemas para pagar su factura.

¿Quién es apto para recibir la ayuda?

Puede obtener ayuda económica todo aquel o su familiar que:

- Es paciente de VCU Health
- Tiene unos ingresos por debajo de 200 % del nivel de pobreza
- No tiene seguro médico o bien tiene gastos que no los cubre su seguro
- No tiene la condición de ciudadano, tiene verificación de entrada legal y puede proporcionar una prueba de la solicitud de ciudadanía permanente, autorización de empleo, asilo, visa de estudiante o humanitaria, etc.

Cobertura

- Servicios de atención médica proporcionados 240 días antes de la fecha de la factura
- Servicios realizados en los centros de VCU Health o proveedores y facturados por VCU Health
- Médicamente necesario

Revisión de la solicitud

Al recibir su solicitud, el Departamento de Beneficios Públicos de VCU Health revisará su solicitud para determinar si es usted apto para beneficiarse de otros programas federales o estatales. Si lo es, nos comunicaremos con usted y le ayudaremos en ese proceso.

Si en su solicitud faltan algunos documentos, le enviaremos una carta pidiendo la información requerida.

Autorización

Si se aprueba su solicitud, usted recibirá una carta de aprobación también.

Recibirá atención médica para indigentes durante el mes 12 después de la fecha de la solicitud. Se aplicará retroactivamente a todos los saldos en los que la fecha de la primera factura del paciente se encontraba en los 240 días de la solicitud.

Cómo pedir la solicitud

Para obtener ayuda económica, debe proporcionar la información siguiente:

1. Copia de la licencia válida de conducir o documento de identidad, con fotografía, emitido por el estado, suya y de su esposo/a, u otra prueba de residencia
 2. Situación económica (ver página siguiente)
 3. Prueba de los ingresos de los tres meses anteriores a la fecha de la solicitud, que incluyen:
 - Copias de los tres últimos cheques de ingresos (deben ser consecutivos)
 - Copia del formulario W-2 (del año anterior)
 - Copia de la carta reciente de las prestaciones sociales (TANF, General Relief)
 - Copia del cheque o carta de asignación de la Seguridad Social (reciente de este año)
 - Verificación de la pensión alimenticia (orden judicial, últimos tres cheques de ingresos, carta notariada de los padres, últimos tres extractos bancarios recientes que muestren los pagos consecutivos)
 - Carta que declare que usted no tiene ingresos, es desempleado y que explique cómo paga sus facturas, gastos, etc.
 - Declaración de impuestos 1040 y Schedule C de autónomos (del año anterior)
 - Carta de despido de su último empleador
 - Extractos bancarios recientes (cuenta corriente, de ahorros o las dos)
 - Visa, pasaporte (sello temporal I-551), tarjeta verde (extranjero residente) o verificación por parte de inmigración de la solicitud de residencia en los Estados Unidos
 - Verificación de los ingresos recientes de la jubilación
 - Carta del empleador (con encabezamiento de la compañía) que verifique el salario bruto de los tres últimos periodos de pago, o que verifique la tasa de pago, el número de horas trabajadas semanalmente y con qué frecuencia se pagaron
- Si procede, se requerirá la verificación de otros activos.

Para más información, llame al Departamento de Beneficios Públicos de VCU Health al 804-828-0966.

Teléfono

804-828-0966
Lunes-Viernes, 9 a.m. to 4 p.m.

Correo electrónico

VCUHealthfinancialassistance@ensemblehp.com

Fax

804-828-2029

Correo

VCU Health Public Benefits Department
Box 980138
Richmond, VA 23298-0138



Su situación económica



Nombre completo

Fecha de nacimiento

MRN

Dirección física

Teléfono del domicilio

Teléfono del empleador

Ciudadano estadounidense
Residente en Virginia

Sí No
Sí No

¿Esta visita está relacionada con un accidente o lesión? Sí No
En caso afirmativo, incluya el nombre de la compañía de seguro y el número de suscriptor a continuación.

Estado civil

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
Periodo

FAMILIARES

| Nombre | Relación con el solicitante Esposo/a, hijo, padre u otro | Fecha de nacimiento | Número de la Seguridad Social | Ciudadano estadounidense |
|--------|---|---------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | Sí No |
| | | | | Sí No |
| | | | | Sí No |
| | | | | Sí No |
| | | | | Sí No |

INGRESOS

| Nombre del familiar | Tipo de ingresos, Empleador, Dirección Salario, Seguridad Social, manutención infantil, autónomo* u otro *si es autónomo, indentifique el tipo de negocio | Periodo (semanal, quincenal, mensual, anual) | Suma de ingresos |
|---------------------|---|---|------------------|
|---------------------|---|---|------------------|

ACTIVOS

| Tipo de activo Cuenta bancaria, seguro de vida, vehículos (incluya el año, modelo marca) propiedades incluya la casa | Detalles de activos Nombre del banco, si procede | Periodo (semanal, quincenal, mensual, anual) | Cantidad o valor del activo |
|---|---|---|-----------------------------|
|---|---|---|-----------------------------|

Ingreso total

Activo Total

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 la verificación de mi situación económica declarada anteriormente dentro del plazo establecido para ser considerada y 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 y recibir ayuda económica para medicamentos y otros programas de ayuda.

Firma del paciente

Fecha

Firma del esposo/a o garante

Fecha

Entrevistado o atestiguado por

Fecha