

**Solicitud de ayuda económica**

Seleccione el lugar de los servicios (seleccione todos los que correspondan)

Central Vermont Medical Center

Porter Medical Center

UVM Medical Center

**Información del jefe del grupo familiar/garante financiero**

Jefe del grupo familiar	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Estado civil	Teléfono
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal

**Miembros del grupo familiar**

Liste todos los familiares que viven en su casa, incluyendo pareja doméstica. Una pareja doméstica es una persona que vive con usted en una relación comprometida/intima.

Nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Relación

**Información adicional**

¿Está cubierto por alguna póliza de seguro médico? Si la respuesta es sí, escriba la información abajo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la compañía de seguros:	N.º de ID:	
¿Ha solicitado cobertura de Medicaid de Vermont o Nueva York?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado cobertura en el mercado médico de Vermont o Nueva York?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Vive, trabaja o asiste a la escuela en Vermont?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Gastos mensuales**

Usamos esta información para comprender mejor su situación económica

Alquiler o hipoteca	\$:	Medicamentos	\$:
Impuestos sobre la propiedad	\$:	Seguro médico	\$:
Servicios públicos (agua/electricidad)	\$:	Facturas de atención médica	\$:
Auto (pago del auto)	\$:	Seguro (auto/propiedad)	\$:
Cuidado infantil	\$:	Pensión alimenticia/manutención infantil	\$:
Manutención (comida/gasolina)	\$:	Otro	\$:

Adjunte una página adicional si tiene alguna otra información sobre su situación económica actual que quiera que sepamos. Como dificultad para pagar las facturas, el alquiler o la comida.

**Empleo**

	Jefe del grupo familiar/garante financiero	Cónyuge/pareja doméstica
Empleador o encierre en un círculo si es: (jubilado/estudiante/desempleado)	\$:	\$:

**Ingresos mensuales**

Salario bruto	\$:	\$:
Ingresos por trabajo independiente	\$:	\$:
Seguro social	\$:	\$:
Distribución de pensión/jubilación	\$:	\$:
Discapacidad (excluye VA)	\$:	\$:
Desempleo	\$:	\$:
Ingresos por alquiler	\$:	\$:
Ingresos por dividendos	\$:	\$:
Otros ingresos:	\$:	\$:

Continúe la aplicación en la parte de atrás.

**Activos**

**Efectivo/ahorros/inversiones**

	Jefe del grupo familiar/garante financiero	Cónyuge/pareja doméstica
Cheques	\$:	\$:
Ahorros	\$:	\$:
CD	\$:	\$:
Acciones/fondos mutuos	\$:	\$:

Bonos	\$:	\$:
Rentas vitalicias	\$:	\$:
Mercado financiero	\$:	\$:
Cuenta de fideicomiso	\$:	\$:
Otro:	\$:	\$:

**Propiedad adicional**  
(No incluye su residencia principal)

	Valor	Saldo de hipoteca
Casa de vacaciones/segunda casa	\$:	\$:
Terreno	\$:	\$:
Propiedad en alquiler	\$:	\$:

**Documentación necesaria**

(necesaria para procesar la solicitud)

**Documentos de ingresos que debe presentar si corresponde**

- Declaración de impuestos federal más reciente
- Declaración de pérdidas y ganancias
- Los dos talonarios de pago más recientes
- Carta de verificación de beneficios del seguro social
- Verificación escrita de ingresos del empleador

**Documentos de activos que debe presentar si corresponde**

- Estados de cuenta
- Estados de cuentas de inversión
- Declaraciones de bonos
- Factura de impuestos sobre la segunda propiedad
- Declaración de hipoteca de la segunda propiedad

**Lea atentamente**

Solicito ayuda económica a los socios de Vermont de University of Vermont Health Network. Verifico que toda la información que he dado es precisa y completa. University of Vermont Health Network tiene mi autorización para verificar la información pertinente e intercambiar información sobre mis cuentas, solicitud y documentación de apoyo con sus proveedores asociados. Cualquier información incorrecta, incompleta o falsa que dé puede cancelar mi solicitud de ayuda económica. Acepto reembolsar la totalidad de la ayuda económica concedida si recibo cualquier tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud de ayuda económica. University of Vermont Health Network tiene autorización para acceder a los archivos y reportes de la oficina de crédito, ahora y en el futuro para fines de cobro. Esta autorización se da conforme al Título 9, Sec. 2480e de los Estatutos de VT. Toda la información presentada se mantendrá confidencial conforme a las disposiciones de las reglamentaciones federales de la HIPAA.

--	--

Firma del jefe del grupo familiar/garante financiero

Fecha

Comentarios/información adicional que quisiera compartir.

Envíe por correo su solicitud completada al socio de UVMHN donde recibe principalmente su atención. Asegúrese de adjuntar la documentación necesaria a la solicitud.

Central Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
PO Box 547  
Barre, VT 05641

N.º de fax 802-371-5339

Porter Medical Center  
Patient Financial Services Dept  
115 Porter Drive  
Middlebury, VT 05753

N.º de fax 802-355-5696

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401

N.º de fax 802-847-7618