

Application for Charity Financial Assistance

Solicitud de Asistencia financiera de caridad



Important deadline: You must return this form with all the supporting documentation within 30 days of the date you signed Vidant Health's Plain Language Summary.

Fecha límite importante: Debe enviar este formulario con toda la documentación de respaldo en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que firme el Resumen en lenguaje sencillo de Vidant Health

Send to / Envíe a: Manager, Business Office | Vidant Health | P.O. Box 8447 | Greenville, NC 27835-8447

I am applying for financial assistance with my medical bills

Solicito asistencia financiera para mis facturas médicas

Please put a check mark beside the name of each Vidant Health facility where you received service and want to have your account considered for financial assistance

(Marque al lado del nombre de cada centro de Vidant Health en el que recibió algún servicio y quiera que su cuenta se considere para la asistencia financiera)

<input type="checkbox"/> Vidant Beaufort Hospital	<input type="checkbox"/> Vidant Roanoke-Chowan Hospital	<input type="checkbox"/> Vidant Bertie Hospital	<input type="checkbox"/> Vidant Edgecombe
<input type="checkbox"/> The Outer Banks Hospital	<input type="checkbox"/> Vidant Chowan Hospital	<input type="checkbox"/> Vidant Medical Center	<input type="checkbox"/> Vidant SurgiCenter

Patient Account Number(s) [Número(s) de la cuenta del paciente]

Information about the patient / Datos del paciente

1. Patient's Name (Nombre completo del paciente)	2. Name of person responsible for medical bill or insurance (Nombre de la persona responsable de la factura o del seguro médico)
3. Do you have health insurance? (¿Tiene seguro médico?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)	4. If you have health insurance, list all your health insurance below. (Si tiene seguro médico, escriba cada seguro médico a continuación) • • • •
5. How many people live in your household? (¿Cuántas personas viven con usted en casa?)	
6. Have you applied for Medicaid? (¿Ha solicitado Medicaid?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)	7. If yes, was your application denied? (En caso afirmativo, ¿se le negó la solicitud?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)

Information about your income / Datos de sus ingresos anuales

Note: You must send supporting documentation for all income. Send copies because we will not return your information to you.

Aviso: Debe enviar toda la documentación de respaldo para todos los ingresos. Envíe copias porque no le devolveremos la información.

- W-2 forms (Formularios W-2)
- Federal Tax Returns (MUST BE SIGNED)
- 1099 forms (Formularios 1099) [Declaraciones de impuestos federales (DEBEN ESTAR FIRMADAS)]
- Social Security Income Statements (with a copy of bank statement showing direct deposits or a copy of check) [Declaraciones de ingresos del seguro social (con una copia del estado de cuenta bancario que muestre detalles de depósitos directos o una copia del cheque)]

Please list 2017 household income information in the space below

Enumere la información de los ingresos de 2017 de su hogar en el espacio de abajo

Yearly Income (by source) Ingreso anual (por fuente)	Patient (Paciente)	Spouse (Cónyuge)	Other (Otro)
Gross salary and wages <i>Salario y sueldo bruto</i>	\$	\$	\$
Social Security <i>Seguro Social</i>	\$	\$	\$
Pension / Retirement <i>Pensión/Jubilación</i>	\$	\$	\$
Worker's Compensation <i>Indemnización de los trabajadores</i>	\$	\$	\$
Other <i>Otros</i>	\$	\$	\$
Totals / <i>Totales</i>	\$	\$	\$

If you do not have an income from any of sources above, please explain your situation.
(Si no tiene un ingreso de alguna de las fuentes mencionadas arriba, explique su situación.)

Information about your property (real estate and personal property)
Datos sobre sus propiedades (bienes raíces y propiedades personales)

- List all real property and personal property (include tax value)
- (Enumere todos los bienes raíces o propiedades personales [incluido el valor fiscal])

Property Description (Descripción de la propiedad)	Tax Value (Valor fiscal)
	\$
	\$
	\$

Please attach another page if you need more space to list your assets (real property and personal property)
(Adjunte otra página si necesita más espacio para enumerar sus bienes raíces y propiedad personal.)

Eligibility Requirements / Requisitos de elegibilidad

To be eligible for assistance, applicants must: 1) submit a completed application, 2) meet all eligibility requirements, and, 3) provide all the required documents. **Reminder:** Your federal tax return must be signed.

Para cumplir los requisitos necesarios, el solicitante debe: 1) enviar una solicitud completada, 2) cumplir con todos los requisitos de elegibilidad, y 3) proporcionar todos los documentos que se solicitan.

Recordatorio: Su declaración de impuestos federal debe estar firmada.

Signature / Firma

- I certify that all the information I provide is TRUE and CORRECT.
(Certifico que toda la información proporcionada es CORRECTA y VERAZ.)
- I understand that Vidant Health may verify all the information I provide on this application.
(Comprendo que Vidant Health puede verificar toda la información que proporcioné en esta solicitud.)

Applicant's Signature (Firma del paciente que solicita asistencia financiera)	Date (month/day/year) [Fecha (mes/día/año)]	Time: (Hora)
--	--	-----------------