



**FAIRFAX COUNTY FIRE AND RESCUE DEPARTMENT**  
**Pedido de exención de pago de ambulancia**

**ESTA FORMA DEBE DE SER SOMETIDA POR CADA FACTURA DE TRANSPORTE DE AMBULANCIA**

**NOMBRE DE APLICANTE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_(EMPLEO) \_\_\_\_\_(HOGAR) \_\_\_\_\_(CELULAR)

**\*\*\*INGRESOS MENSUALES EN BRUTO DE TODOS LOS ADULTOS QUE TRABAJEN Y COMPARTEN EL SUELDO Y GASTOS EN EL HOGAR: \$** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR:** \_\_\_\_\_

**\*\*Usted tiene que proveer documentos que confirmen sus ingresos mensuales en bruto.** Ejemplos de documentación que son aceptables incluyen: carta de ayuda financiera de Inova u otro hospital (preferido); estado de cuenta del seguro social; carta de comisión oficina de desempleo; carta del refugio para desamparados; dos copias de los más recientes cheques de su empleador o la primera página de la declaración de impuestos del año anterior. Si usted es un estudiante y reclamado como deducción de alguien debe de incluir su ingreso bruto.

**Si usted afirma no tener ingresos, incluye una carta de explicación.**

**Yo estoy aplicando a Fairfax County Fire and Rescue Department pidiendo la exención de pago por los servicios de emergencia y cargos de transporte. Yo certifico que no tengo seguro médico que pueda ser usado o estos cargos no son cubiertos por mi seguro. Estoy de acuerdo que, si yo soy compensado por estos cargos como resultado de liquidación de lesiones personales, esta exención de pago se declara anulada y debo de enviar pago por estos servicios. Yo certifico que la información declarada arriba y adjunta es correcta a mi mejor entender y que ser responsable por cualquier información que sea falsa.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

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

**Si tiene alguna pregunta, por favor llame 703-246-2266. Por favor envíe la forma completé y documentos a:**

**FAIRFAX COUNTY FIRE AND RESCUE DEPARTMENT**  
**P.O. BOX 18008**  
**MERRIFIELD, VA 22118-0010**