

Fecha límite para la devolución: _____**HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

Le agradecemos por consultar sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera. Todas las personas pueden presentar una solicitud. Deberá completar y reenviarnos la solicitud de asistencia financiera que le entregamos.

Proporcione cualquiera de los siguientes documentos que se aplique a su situación:

- Dos recibos de pago recientes de cada miembro de la familia mayor de 18 años, en el que se incluya la fecha de contratación.
Indique su condición laboral en los recibos de pago (jornada completa, jornada parcial, cantidad de horas por semana). También anote la frecuencia de pago (semanal, quincenal o bimestral).
- Los dos recibos de pago más recientes del seguro de desempleo.
- Una copia de sus declaraciones de impuestos más recientes (**federales y estatales**), **junto con los formularios W2 (todas las páginas).**
- Una copia de su carta de concesión actual del Seguro Social.
- Una copia de su carta de aprobación o denegación de asistencia médica, cupones para alimentos o asistencia en efectivo.
- Una copia completa de los dos estados de cuenta de la cuenta corriente y la cuenta de ahorros más recientes (**todas las páginas**). **Los extractos bancarios deben incluir el nombre de los titulares, los números de cuenta y los saldos diarios.**
- Una copia de las dos declaraciones de inversiones más recientes (mercado monetario, certificados de depósito, acciones, etc.).
- Una carta de adversidad en la que se explique brevemente su necesidad de asistencia financiera.
- Si no tiene ningún ingreso, se requiere una carta notarial de la persona que le proporciona asistencia; según la situación, puede que deba presentar información adicional.
- Una constancia del cumplimiento de los requisitos para un programa de servicios sociales, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC), etc.

Si no nos brinda la información anterior que se corresponda con su situación, es posible que no podamos considerar su solicitud de asistencia financiera. En la carta de adversidad, explique el motivo por el que no presenta ninguno de los documentos anteriores.

También deberá completar la “Lista de verificación del cumplimiento de los requisitos para la asistencia médica” que se adjunta. Este documento nos ayuda a determinar si usted cumple

Anexo B

con los requisitos para los programas adicionales. Asegúrese de incluir su firma y la fecha en la solicitud, y devuélvala a la dirección que figura arriba.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. No dude en comunicarse con nosotros al (443) 849-2450 o al (800) 626-7766. **Esperamos poder ayudarlo con su proceso de solicitud.**

Atentamente

El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland

Número de Seguro

-

-

Estado civil:

☐ Solter

☐ Casado

☐ Separado

Ciudadano

☐ Sí

☐ No

Residencia

☐ Sí

☐ No

Dirección:

Ciu

Esta

Código

País

Teléfono

-

(Código de área) ### -

Nombre y dirección del

Ciu

Esta

Código

Teléfono

-

(Código de área) ### -

Miembros del grupo

Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación
Nomb	Eda	Relación

¿Presentó la solicitud de asistencia médica?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó la solicitud?

(DD/MM/AAAA)

¿Recibe algún tipo de asistencia del estado o

☐ Sí

☐ No

Nombre del hospital

I. Ingresos familiares

Indique el monto de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que se requiera que envíe comprobantes de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de respaldo de la persona que le proporciona la vivienda y las comidas.

	<u>Monto mensual</u>
Jubilación/prestaciones por jubilación	
Beneficios del Seguro Social	
Beneficios de asistencia pública	
Beneficios por discapacidad	
Beneficios por desempleo	
Beneficios para veteranos	
Pensión alimenticia	
Ingresos provenientes del alquiler de una propiedad	
Asignación militar	
Empleo agrícola o trabajo	
Total	

II. Activos líquidos

	<u>Saldo actual</u>
Cuenta corriente	
Cuenta de ahorro	
Acciones, bonos, certificados de depósito o mercado de dinero	
Total	

III. Otros activos

Si es propietario de alguno de los siguientes bienes, indique el tipo y el valor

Casa: Automóvil:	Saldo del		Valor aproximado:	
Vehículo	préstamo	Año:	Valor aproximado:	
adicional:	Marca:	Año:	Valor aproximado:	
Vehículo	Marca	Año:	Valor aproximado:	
adicional: Otra			Valor aproximado:	
Total				

IV. Gastos mensuales

	<u>Monto</u>
Alquiler o hipoteca	
Servicios públicos	
Pagos del automóvil	
Tarjetas de crédito	
Seguro	
Total	

¿Tiene alguna otra factura médica sin pagar? ☐ Sí ☐ No

¿De qué servicio? _____

Si organizó un plan de pagos, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si solicita que el hospital extienda la asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información adicional a fin de tomar una determinación complementaria. Si usted firma este formulario, certifica que la información brindada es verdadera y acepta notificar al hospital de cualquier cambio en la información que brindó en el plazo de diez días del cambio.