

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE. ELEGIBILIDAD PROBABLE**

**Gracias por su consulta sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera.** Cualquier persona reúne los requisitos para presentar una solicitud. El formulario adjunto es para solicitar la determinación de elegibilidad preliminar/probable. La información que se reúna en este formulario, o a través de una entrevista, se usará para proporcionarle una determinación de elegibilidad probable en un plazo de 2 días hábiles después de la presentación. La determinación definitiva dependerá de que se complete en su totalidad la Solicitud de asistencia financiera y que se presenten los documentos requeridos.

Para pedir asistencia con este formulario o para conversar con un representante de Asistencia Financiera de GBMC, llámenos al 443-849-2450. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. El formulario puede enviarse por correo a la dirección que figura arriba.

**Esperamos poder asistirle con su proceso de solicitud.**

Atentamente,

Departamento de Servicios Financieros para el Paciente



### Asistencia financiera: Solicitud de posible elegibilidad (Anexo B)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No	Segund	Ape

Número de Seguro  -  -

Estado civil: Soltero / Casado / Separado  
(haga un círculo en una)

Dirección: Calle

Ciu

Teléfono (  ) -  -

Esta  Código

**Programas de servicios sociales: ¿Recibe beneficios de**

Nombre del

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria  Sí / No

Dirección del Calle

Programa de Asistencia de  Sí / No

Ciu

Programa Suplementario de Alimentos para  
Mujeres, Bebés y Niños federal  Sí / No

Esta  Código

Otro programa de servicios sociales  Sí / No

Cantidad de personas que viven en

Incluya a todos los miembros que vivan en la dirección.

Total estimativo de los ingresos del \$

Valor total estimativo de dinero en efectivo y en \$

Incluya un valor estimativo de las cuentas corrientes y de ahorros, las acciones,

Valor total estimativo de las \$

Incluya un valor estimativo de la casa, del automóvil, etc.

**La información obtenida en este formulario o en la entrevista se utilizará para proporcionarle al paciente una determinación de posible elegibilidad en el plazo de los dos días hábiles. La determinación definitiva dependerá de que el paciente complete toda la solicitud de asistencia financiera y del envío de los documentos requeridos. Para obtener asistencia con este formulario o para hablar con un representante de asistencia financiera de GBMC, llámenos al 443-849-2450. El formulario puede enviarse a la siguiente dirección.**

Dirección postal: Greater Baltimore Medical Center  
Patient Financial Services - Financial Assistance  
PO Box 310  
Lutherville, MD 21094-0310