

Nombre: _____ N.º de MR: _____ Visita n.º: _____

Para el solicitante de asistencia financiera:

A continuación, encontrará una solicitud de asistencia financiera. Complete y envíe la solicitud a la dirección que figura en la parte inferior de la página tres de este formulario, junto con cualquier documentación de respaldo solicitada a continuación que corresponda a su situación financiera particular.

SI CUENTA CON ASISTENCIA MÉDICA ACTIVA.

A) Escriba aquí su número de asistencia médica ►

B) Adjunte una copia de su tarjeta de Asistencia Médica.

COMPROBANTE DE INGRESOS (incluya todas las opciones que correspondan)

Seguridad Social:

- Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social o de la Declaración Anual de Beneficios del Seguro Social
- Copia de su cheque del Seguro Social más reciente

Beneficios para veteranos:

- Copia de la carta de adjudicación o de la declaración de beneficios
- Copia del cheque de beneficios más reciente

Pensiones:

- Copia de la declaración de beneficios de pensión
- Copia del cheque de pensión más reciente

SE REQUIERE VERIFICACIÓN ADICIONAL
(Copias de la declaración más reciente u otra verificación para)

Ingresos/Activos:

- Certificados de depósito
- 401K, 403B, Keogh, IRA y otras cuentas de jubilación
- Anualidades
- Valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida
- Fideicomisos
- Cuentas de corretaje
- Ingresos por dividendos/intereses
- Manutención de los hijos
- Pensión alimenticia
- Acciones, bonos y/o fondos mutuos
- Otras inversiones

Pasivos/Gastos:

- Copia del pago más reciente de su hipoteca o alquiler.
- Copias de las primas de seguro pagadas (póliza de propietario de vivienda, seguro de automóvil, etc.)
- Copias de los pagos médicos y/o de los pagos de recetas
- Copias de otros pasivos/gastos pagados por usted
- Copias de los estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas bancarias

Declaración de impuestos federales y estatales sobre la renta:

- Una copia completa de su declaración de impuestos federales y estatales más reciente, completa con todos los anexos aplicables

Otros datos financieros pertinentes:

- Copias de peticiones de bancarrota, acuerdos de propiedad, etc.

Si no puede proporcionar copias de los elementos anteriores, envíe una carta explicando las razones específicas por las que no se adjuntó la información solicitada. Se puede solicitar información adicional dependiendo de las circunstancias individuales.

Si tiene alguna pregunta sobre el adjunto, puede comunicarse con nosotros al 410-938-3370.

Atentamente.

Representante de cuentas del paciente

Nombre _____

Nombre

Segundo nombre

Apellido

I. **Ingreso familiar:** Enumere el monto de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que se le pida que proporcione comprobantes de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de respaldo de la persona que le proporciona alojamiento y comidas.

Monto mensual:

Empleo	.....	_____
Beneficios de jubilación/pensión	.....	_____
Beneficios del seguro social	.....	_____
Beneficios por discapacidad	.....	_____
Beneficios de desempleo	.....	_____
Beneficios para veteranos	.....	_____
Pensión alimenticia	.....	_____
Ingresos por alquiler de inmuebles	.....	_____
Beneficios por huelga	.....	_____
Asignaciones militares	.....	_____
Ingresos agrícolas o de trabajo por cuenta propia	.....	_____
Fuente de ingresos	.....	_____

General _____

II. **Activos líquidos**

Saldo actual

Cuenta corriente	.....	_____
Cuenta de ahorros	.....	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito (CD) o del mercado monetario	.....	_____
Otras cuentas	.....	_____

General _____

III. **Otros activos:** si posee alguno de los siguientes artículos, indique el tipo y el valor aproximado.

Saldo del préstamo hipotecario	_____	Valor aproximado	_____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado	_____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado	_____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado	_____
Otras propiedades		Valor aproximado	_____

General _____

IV. **Gastos mensuales**

Monto

Alquiler o hipoteca	.....	_____
Servicios públicos	.....	_____
Pago(s) del auto	.....	_____
Tarjeta(s) de crédito	.....	_____
Seguro de automóvil	.....	_____
Seguro médico	.....	_____
Otros gastos médicos	.....	_____
Otros gastos	.....	_____

¿Tiene alguna otra factura médica sin pagar? Sí No

General _____

¿Para qué servicio? _____

Si ha acordado un plan de pago, ¿cuál es el saldo mensual? _____

Si usted solicita que el hospital le extienda asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información adicional para tomar una determinación suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es veraz y acepta notificar al hospital sobre cualquier cambio en la información proporcionada dentro de los diez días posteriores al cambio.

Firma del solicitante

Relación con el paciente

Fecha