



Frederick Memorial Hospital tiene un programa de asistencia financiera disponible para los pacientes que son incapaces de pagar todo o parte de sus facturas médicas. Este programa se basa en las pautas de ingresos federales de los activos domésticos, propiedad del tamaño del hogar y del hogar. Por favor complete toda la aplicación y volver con la documentación requerida para:

Frederick Memorial Hospital
Attn: Patient Accounts/Financial Assistance
400 West Seventh St
Frederick, MD 21701

Consejos útiles:

- Por favor asegúrese de incluir toda la documentación necesaria con la aplicación para evitar cualquier retraso en la tramitación de su solicitud.
- Si se ha aplicado para ayuda financiera en el pasado, debe presentar documentación nueva y actual con su aplicación. No podemos usar información de su solicitud anterior.

Si se requiere información adicional y/o documentación te contactaremos por teléfono o por correo dentro de los dos 2 días. Se le notificará por escrito de la decisión con respecto a esta solicitud dentro de 30 días de la aplicación. Si usted tiene preguntas o preocupaciones respecto a su aplicación, póngase en contacto con un asesor financiero en (240) 566-4214 el lunes al viernes entre las 7:30 y 16:00.

Atentamente,

Asesor financiero
Frederick Memorial Hospital

Aplicación Uniforme del Estado de Maryland para Asistencia Financiera

Nombre	Edad	Relación
--------	------	----------

¿Usted ha solicitado el Seguro de Asistencia Médica? ___ Sí ___ No

Si contesto sí, ¿Cuál fue el día en que aplicó? _____

¿Cuál fue la determinación?: Aprobado(a)_____ No Aprobado(a)_____

¿Recibe usted alguna otra asistencia del estado? _____ Sí _____ No

I. Ingresos recibidos por parte de su familia

Favor indicar cuál es su fuente de ingresos. Tendrá que proveer prueba de sus ingresos, recursos, y gastos. Si usted no trabaja y no tiene ingresos, favor proveer una carta firmada por la persona que lo(la) ayuda económicamente y le provee casa y comida.

Ingresos Mensuales

Empleo / Sueldo \$ _____

Pensión / Jubilación \$ _____

Beneficios del Seguro Social \$ _____

Beneficios de Asistencia Médica \$ _____

Beneficios de Discapacidad \$ _____

Beneficios de Desempleo \$ _____

Beneficios de Veteranos \$ _____

Manutención que recibe de su cónyuge \$ _____

Alquiler recibido \$ _____

Subvención Militar \$ _____

Dueño de algún negocio o finca \$ _____

Aplicación Uniforme del Estado de Maryland para Asistencia Financiera

Otras fuentes de ingresos \$ _____

Total: \$ _____

II. Recursos y Ahorros

Cuenta de Cheques \$ _____

Cuenta de Ahorros \$ _____

Bonos, CD, Mercado de Valores \$ _____

Otras Cuentas \$ _____

Total: \$ _____

¿Tiene usted otros cobros médicos que no han sido pagados?

_____ Sí _____ No

Si escogió sí, ¿Cuáles fueron los servicios recibidos?

Si usted ya tiene establecido un Plan de Pagos, ¿cuánto está pagando mensualmente?

\$ _____

Si usted ha solicitado una ayuda financiera adicional, el hospital pueda que requiera información adicional para llevar a cabo una decisión acerca de su caso. Al firmar esta solicitud, usted está certificando que nos ha proveído con información veraz, y que se compromete a notificar al hospital acerca de cualquier cambio en los datos que nos ha proveído, a más tardar, a los 10 días de llevarse a cabo dicho cambio.

Firma del Solicitante

Fecha

Relación con el Paciente

Lista de verificación de la información que debe adjuntarse a esta aplicación financiera:

Documentación financiera

Por favor presentar la siguiente documentación financiera para ayudar a procesar su solicitud. **Una declaración de impuestos actual es el método preferido para determinar el ingreso de los hogares.**

___ Actual impuesto sobre la renta volver **formulario 1040** para el año calendario anterior (si se requiere la propietario de la empresa, anexo C). Si no, ¿por qué? _____

O tres de los siguientes

___ Corriente tres talones de empleador solicitante y cónyuge. Si no, ¿por qué?

___ Estado de cuenta de cheque/ahorro cuenta con membrete del Banco. Si no, ¿por qué?

___ Seguridad Social, pensión o invalidez

___ Cantidad de desempleo recibido

___ Manutención de Los cupones de alimentos y cualquier ayuda del gobierno

Si usted no tiene ninguna renta por favor proporcionar la siguiente

___ Carta firmada de ayuda detallando qué gastos se están cumpliendo (firmada por la persona de apoyo)

No te olvides, tienes:

___ ¿La aplicación firmada?

___ ¿Completar la solicitud?

Utilice esto como una lista así no olvidarás cualquier información que causaría la aplicación a ser negado. Si tienes cualquier duda sobre la aplicación y su proceso por favor llamar (240) 566-4214.