



Frederick Health 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 Health Hospital
Attn: Patient Accounts/Financial Assistance
400 West 7th 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 Health 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.