



El Hospital Frederick Health y Frederick Health Medical Group, entidades de Frederick Health, tienen un programa de asistencia financiera disponible para los pacientes que no pueden pagar la totalidad o parte de sus cobros médicos. Este programa se basa en las Pautas Federales de Ingresos del hogar, bienes que posean y la cantidad de personas viviendo en el hogar. **Favor de llenar la solicitud por completo y envíela junto con la documentación requerida a:**

Por Correo: **Frederick Health \Financial Counseling 400 West Seventh St. Frederick, MD 21701**

Por Lugar de entrega: **Oficina de Cajera 400 West Seventh St. Frederick, MD 21701**

**También puede enviar los documentos solicitados a través de nuestro**

**Fax (240) 566-7944 O por correo electrónico: [FinancialAssistance@Frederick.Health](mailto:FinancialAssistance@Frederick.Health)**

Recomendaciones:

- Asegúrese de incluir toda la documentación requerida con su aplicación para evitar cualquier retraso al procesar su aplicación.\*\*
- Si ha solicitado asistencia financiera en el pasado, debe presentar documentos nuevos y actualizados junto con su aplicación. No podemos usar la información de su solicitud anterior.
- Las políticas de asistencia financiera de Frederick Health están disponibles para su consulta en **<https://www.frederickhealth.org/about/billing-financial-assistance/>**.

Si se requiere información y / o documentación adicional, nos contactaremos con usted por teléfono o por correo. Se le notificará por escrito la decisión tomada con respecto a esta solicitud dentro de los 14 días de haber enviado la solicitud completa. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a su solicitud, comuníquese con nuestra oficina al **(240)566-4214** de lunes a viernes entre las 9:00 a.m. y las 4:00 p.m.

Sinceramente,

**Financial Counselors  
Patient Financial Services  
Frederick Health 400  
West Seventh St.  
Frederick, MD 21701  
Fax (240) 566-7944**

### Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

Nombre:

<i>Primer</i>	<i>Segundo</i>	<i>Apellidos</i>
---------------	----------------	------------------

Dirección:

<i>Calle</i>	<i>Apartamento</i>
--------------	--------------------

<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>País</i>
---------------	---------------	----------------------	-------------

¿Es esta su residencia principal?  Sí  No

If not, do you live in Maryland for more than 6 months of the year?  Sí  No

Teléfono:

( <input type="text"/> )	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<i>Código</i>	<i>###</i>		<i>#####</i>

#### ***I. Personas que viven en el hogar/Miembros de la familia***

Por favor, enumere cualquiera de los siguientes, si corresponde: (1) Un cónyuge (independientemente de si presenta una declaración de impuestos federal o estatal conjunta), (2) Hijos (biológicos, adoptados o hijastros); y (3) Todas las personas enumeradas en su declaración de impuestos (cualquier persona por la que reclame una exención personal).

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>

## II. Ingresos Familiares

Por favor, indique su ingreso mensual o anual total imponible (antes de impuestos). Es posible que se le solicite que proporcione un comprobante de ingresos.

*Nota: Si no tiene ingresos, por favor adjunte una carta de apoyo de la persona que le proporciona alojamiento o comida.*

\$

## III. Dificultades financieras

¿Tiene algún gasto pendiente de pago por servicios hospitalarios (excluyendo los importes cubiertos por su seguro) incurrido por su hogar/familia?

Sí  No

Si indicó que *Sí*,

1. ¿Ha solicitado la Asistencia Médica de Maryland (Medicaid)?  Sí  No

Si indicó que *Sí*, ¿en qué fecha aplicó?

\_\_\_\_\_

Si indico que *Sí*, ¿cuál fue la determinación?

\_\_\_\_\_

2. Por favor, indique el importe total de sus gastos de bolsillo.

\$

## IV. Activos (*optional for hospitals to include*)

Por favor, indique el valor total de los activos monetarios que superen los \$100,000. Incluya efectivo disponible, depósitos bancarios, cuentas de inversión, cuentas por cobrar y pagarés. No incluya los activos de jubilación.

\$

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es veraz, precisa y completa. Me comprometo a notificar al hospital cualquier cambio en esta información dentro de los 240 días posteriores a la recepción de la factura inicial del hospital.

---

*Firma del Aplicante*

*Fecha*

*Relación con el/la Paciente*

**\*\* Para aquellos que no tienen seguro de salud, lo referiremos para aplicar e intentar calificar para cualquier cobertura de seguro disponible a nivel federal o estatal. Se espera que cumpla con el proceso de solicitud requerido por el gobierno.**

**Seguro de Market Place / Medicaid Expansion (HELP)**

\_\_\_\_\_ Prueba de la solicitud aceptada con fecha de vigencia de cobertura

\_\_\_\_\_ Prueba de la solicitud presentada y cobertura denegada

**Carta de aprobación actual para la siguiente asistencia de ayuda pública:**

\_\_\_\_\_ Snap (Cupones para alimentos) \_\_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_\_ M.E.A.P (ayuda para luz o calefacción)

\_\_\_\_\_ Asistencia temporaria de efectivo (TCA) \_\_\_\_\_ Otro

**Documentos de Residencia Requeridos:**

¿Ha estado viviendo en los EE.UU. menos de 6 meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Indique cuál es su status actual?

Ciudadano \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Turista \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Proporcione una forma de identificación.

Pasaporte \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Carnet de Estudiante/Trabajo \_\_\_\_\_

**Ingresos para todos los miembros que trabajan en el hogar:**

\_\_\_\_\_ Declaración de impuestos federales forma 1040, del año más acutalizado.

\_\_\_\_\_ Forma W-2 del año más acutalizado.

\_\_\_\_\_ Forma 1099 o 1099 de Seguro Social.

\_\_\_\_\_ Últimos tres comprobantes de sueldo (colilla).

\_\_\_\_\_ Estado de Pérdidas y Ganancias hasta la fecha.

**Otros Ingresos:**

\_\_\_\_\_ Desempleo

\_\_\_\_\_ Compensación laboral (*Workman's Compensation*)

\_\_\_\_\_ Seguridad social y ganancias de pensión / jubilación (Ej: carta de adjudicación o beneficios)

\_\_\_\_\_ Pagos de veteranos

\_\_\_\_\_ Otra asistencia/pagos federales o estatales

\_\_\_\_\_ Beneficios de sobreviviente

\_\_\_\_\_ Interés y Dividendos

\_\_\_\_\_ Alquileres

\_\_\_\_\_ Regalías

\_\_\_\_\_ Ingresos de fincas

\_\_\_\_\_ Fideicomisos

\_\_\_\_\_ Asistencia educativa

\_\_\_\_\_ Pensión alimenticia

\_\_\_\_\_ Manutención de los hijos

\_\_\_\_\_ Asistencia de fuera del hogar

**Bienes:**

- 3 meses actuales completos y oficiales de cuentas corrientes  No tengo.
- 3 meses actuales completos y oficiales de cuentas de ahorros  No tengo.
- 3 meses actuales completos y oficiales de cuentas de inversiones  No tengo.

Explicación por escrito de períodos sin ingresos. ¿Cómo pagó por la comida y la vivienda?

---

---

Si otra persona le proporciona comida, alojamiento o lo a reclamado en sus impuestos, favor incluir una carta firmada pro la(s) persona(s) que los está ayudando.