



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:**

**Frederick Health  
Attn: Financial Counseling  
400 West Seventh St.  
Frederick, MD 21701**

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..

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  
Office (240) 566-4214  
Fax (240) 566-7944**

**Aplicación Uniforme del Estado de Maryland para Asistencia Financiera**

Datos Personales:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_

Ciudadano Americano \_\_\_\_\_ Residente Permanente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa o celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Personas que viven en su Hogar:

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

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

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

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

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

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



Subvención Militar \$ \_\_\_\_\_

Ingresos como dueño de negocio o finca \$ \_\_\_\_\_

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?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ 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

**\*\* 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 temporal de efectivo (TCA)  Otro

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

Declaración de impuestos federales forma 1040, del año más actualizado.  
 Forma W-2 del año más actualizado.  
 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)  
 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 y completos de cuentas corrientes  No tengo.  
 3 meses actuales y completos de cuentas de ahorros  No tengo.  
 3 meses actuales y completos 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.