



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
--------	------	----------

Nombre

Edad

Relación

¿Usted ha solicitado el Seguro de Asistencia Médica? _____ Si _____ 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 / Condado? _____ Si _____ 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 financieros, 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 gobierno \$ _____

Beneficios de Discapacidad \$ _____

Beneficios de Desempleo \$ _____

Beneficios de Veteranos \$ _____

Manutención que recibe de su cónyuge \$ _____

Alquiler recibido \$ _____

Beneficios de huelga \$ _____

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.