

## ***Solicitud de asistencia financiera***

---

Gracias por elegir **Maryland General Hospital** para su atención médica. Estamos dedicados a ayudar a nuestra comunidad a la obtención de la atención médica necesaria, independientemente de su capacidad de pago. Se han establecido las siguientes directrices e información para ayudarle a través de este proceso.

Si **Maryland General Hospital** determina que usted es potencialmente elegible para la asistencia médica de Maryland a través del departamento de servicios sociales (DSS), pueden ser **necesarias** para solicitar esa asistencia y proporcionar un escrito de la denegación de DSS **antes de** ser considerado para la ayuda financiera de **Maryland General Hospital**. Asistencia financiera puede no estar disponible a las personas que residen fuera de nuestra área de servicio.

Asistencia financiera puede **no** cubrir lo siguiente:

- Cobra por que ha quedado una sentencia. (Usted será responsable de resolver esas sumas pendientes)
- Pendiente de las reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo una indemnización del trabajador reclamar, reclamación de accidente de vehículo de motor, etc.
- Electivo Servicios no Emergentes
- Pacientes elementos de conveniencia
- Servicios que quedaría cubiertos por el seguro si se encuentra en otra instalación de cuidado de la salud. (Usted debe cumplir con todos los requisitos de seguros para obtener cobertura a través de nuestro programa).
- Médico facturas y facturas de otros proveedores (por ejemplo, ambulancia, radiología, etc.. Usted debe contactarlos directamente.)

Para ser considerado para asistencia financiera, por favor **completar y firmar** la solicitud de asistencia financiero adjunto y **Enviar** una copia de la siguiente información:

- **Prueba de sus ingresos de la familia** (por ejemplo, los dos más reciente recibos de pago que incluye cifras del año hasta la fecha para cada sostén de salario en la familia, W-2 del año pasado, más reciente impuestos federal, carta de "Prueba de apoyo", si no tienen ingresos y están siendo apoyados por otro etc. individual,.)
- En su caso, **Los ingresos de seguridad Social** (Carta de concesión de la protección social, copia de la reciente seguridad social comprobar o copia del extracto bancario si directa depositar)
- En su caso, **Carta de determinación** de asistencia sanitaria
- Copia de **hipotecas o alquiler Bill** (si usted viven actualmente con familia y amigos, por favor, escribe una carta de explicación de la situación de la vivienda.)

Es posible que se deba presentar información adicional para apoyar su aplicación para la determinación final.

Puede estar seguro que esta información se celebrará en la más estricta confidencialidad y es necesaria para determinar su elegibilidad. Determinaciones de asistencia financieras se basan en su situación financiera actual.

Por favor devuelva su aplicación completada y firmada junto con la documentación solicitada para:

Maryland General Hospital  
827 Linden Avenue  
Baltimore, MD 21201

**Maryland General Hospital** le notificará mediante carta de los resultados de su aplicación.

Si tienes alguna pregunta con respecto a completar esta aplicación, póngase en contacto con:

Financial Assistance Department  
Maryland General Hospital  
410-225-8895  
410-225-8621

## *Uso de la ayuda financiera*

Información sobre usted

Nombre \_\_\_\_\_  
Primero
Medio
Último

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil:  Solo  Casado  Separado

Ciudadano de los E.E.U.U.:  Sí  No Residente permanente:  Sí  No

de la dirección casera \_\_\_\_\_ del teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ --- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre del patrón \_\_\_\_\_ del teléfono: \_\_\_\_\_

de la dirección del trabajo \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ --- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

**Miembros de la casa:**

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Edad* *Relación*

¿Hace usted solicitar ayuda médica?  Sí  No

¿Si sí, cuál era la fecha que usted se aplicó?  /  /  (MM/DD/YYYY)

¿Si sí, cuál era la determinación? \_\_\_\_\_

¿Usted recibe tipo de ayuda del estado o del condado?  Sí  No

**Renta de la familia**

Enumere la cantidad de su renta mensual de todas las fuentes. Usted puede ser requerido dar la prueba de la renta, de los activos, y de los costos. Si usted no tiene ninguna renta, proporcione por favor una letra de la ayuda de la persona que proporciona su cubierta y comidas.

	<b>Cantidad mensual</b>
Empleo	_____
Ventajas del retiro/de pensión	_____
Ventajas de Seguridad Social	_____
Ventajas públicas de la ayuda	_____
Pagas por invalidez	_____
Subsidios de desempleo	_____
Ventajas de los veteranos	_____
Alimentos	_____
Renta de característica de alquiler	_____
Ventajas de huelga	_____
Asignación military	_____
Granja o empleo del uno mismo	_____
La otra fuente de la renta	_____
<b>Total:</b>	_____

**Activos líquidos:**

	<b>Equilibrio actual</b>
Cuenta de comprobación	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acción, enlaces, mercado del CD, de valores	_____
Otras cuentas	_____
<b>Total:</b>	_____

**Otros activos**

Si usted posee puntos siguientes uces de los, enumere por favor el tipo y el valor aproximado.

Casero	Balance del préstamo: _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Haga _____ del año	Valor aproximado _____
Additional vehicle	Haga _____ del año	Valor aproximado _____
Additional vehicle	Haga _____ del año	Valor aproximado _____
La otra característica		Valor aproximado _____

**Costos mensuales:**

	<b>Cantidad</b>
Alquiler o hipoteca	_____
Utilidades	_____
Pagos del coche	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro de coche	_____
Seguro medico	_____
Otros costos médicos	_____
Otros costos	_____
<b>Total:</b>	_____

¿Usted tiene otras cuentas médicas sin pagar?  Sí  No

¿Para qué servicio? \_\_\_\_\_

¿Si usted ha arreglado un plan del pago, cuál es la cuota? \_\_\_\_\_

Si usted solicita que el hospital amplíe ayuda financiera adicional, el hospital puede solicitar la información adicional para hacer una determinación suplemental. Firmando esta forma, usted certifica que la información proporcionada es verdad y acuerda notificar el hospital de cualquier cambio a la información proporcionada en el plazo de diez días del cambio.

_____ Firma del aspirante	_____ Fecha	_____ Relación al paciente
------------------------------	----------------	-------------------------------