



Nombre: _____ MR #: _____ Admisión #: H _____

Al Solicitante de la Ayuda Financiera:

A continuación encontrará una Aplicación de Asistencia Financiera. Por favor complete y devuelva la solicitud a la dirección que aparece en la parte inferior de la página tres de esta forma, junto con cualquiera de la documentación solicitada que esté relacionada con su situación particular financiera.

SI TIENES ASISTENCIA MÉDICA ACTIVA

A) Escriba aquí su número de asistencia médica ►

B) Adjunte una copia de su tarjeta de asistencia médica.

PRUEBA DE INGRESOS (por favor incluya todas las que apliquen)

Seguro Social:

- Copia de la Carta de Ortogamiento del Seguro ó el Estado Anual de beneficios del Seguro Social
- Copia de su cheque más reciente del Seguro Social

Beneficios de Veteranos:

- Copia de la Carta de Ortogamiento ó Estado de Beneficios
- Copia de su cheque más reciente de beneficios

Pensión:

- Copia del estado de los beneficios de pensión
- Copia de su cheque más reciente de pensión

VERIFICACIÓN ADICIONAL NECESARIA

(Copias de los estados más reciente ó otras verificaciones para:)

Ingresos /Bienes:

- Certificado de Depósitos
- 401K, 403B, Keogh, IRA y otras Cuentas de Retiro
- Anualidad
- Valor en efectivo de pólizas de seguros de vida
- Fideicomisos
- Corretaje
- Dividendo/Ingresos por intereses
- Manutención de los hijos
- Pensión Alimenticia
- Acciones, bonos o fondos mutuos
- Otras inversiones

Obligaciones/Gastos:

- Copia de su más reciente hipoteca ó pago de alquiler
- Copias de las primas de seguro pagadas (póliza de propietarios, el seguro de automóvil, etc.)
- Copias de pagos médicos y pagos de prescripción
- Copias de otras obligaciones y gastos pagados por usted
- Copias de Estados de cuenta bancarios más recientes para todas sus cuentas bancarias

Declaraciones de Impuestos Federales y Estatales:

- Una copia completa de su más reciente Declaración de Impuestos Federales y Estatales.

Otros Datos Financieros Pertinentes:

- Copias de peticiones de bancarrota, asentamientos de la propiedad, etc.,

Si usted es incapaz de proporcionar copias de cualquiera de estos elementos, por favor envíe una carta explicando las razones por las que la información solicitada no fue incluida. Información adicional puede ser solicitada dependiendo de circunstancias individuales.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el adjunto se puede comunicar conmigo al 410-938-3370.

Sinceramente,

Valerie M. Braun
Representante de Cuentas de Paciente

VMW/wc
Enc.

Nombre _____
 Primero Segundo Apellido

I. Ingreso de Familia— Lista de la cantidad de su ingreso mensual de todas las fuentes. Puede ser requerido prueba de ingresos, bienes activos, y gastos. Si usted no tiene ingreso, por favor proporcione una carta de apoyo de la persona proporcionando alojamiento y comida.

	Cantidad Mensual
Empleo	_____
Beneficios de Retiro/ Pensión	_____
Beneficio de Seguro Social	_____
Beneficios de Discapacidad	_____
Beneficios de Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Pensió Alimenticia	_____
Ingreso de Propiedad Alquilada	_____
Beneficios de Huelga	_____
Asignación Militar	_____
Granja ó Trabajo por cuenta propia	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total	_____

II. Tesorería

	Saldo Actual
Cuenta de Cheques	_____
Cuenta de Ahorros	_____
Acciones, bonos, CD ó mercado de dinero	_____
Otras Cuentas	_____
Total	_____

III. Otros Bienes— Si usted es dueño de cualquiera de los siguientes elementos, por favor liste el tipo y aproximado.

Hogar	Saldo del Préstamo	Valor aproximado
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otra propiedad		Valor aproximado _____
Total		_____

IV. Gastos Mensuales

	Cantidad
Renta o Hipoteca	_____
Utilidad	_____
Pago(s) de Automóvil	_____
Tarjeta de Crédito(s)	_____
Seguro de Automóvil	_____
Seguro Médico	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Usted tiene alguna otra factura médica que no ha sido pagada? Si No
 ¿Por que servicio? _____
 Si han arreglado un plan de pago, ¿Cual es el balance mensual? _____

Si usted solicita que el hospital le extiendia ayuda financiera, el hospital podría solicitar información adicional para hacer una determinación suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y está de acuerdo en notificar al hospital de cualquier cambio en la información proporcionada dentro de los diez días del cambio.

Firma del Aplicante

Relación con el Paciente

Fecha