

CARE BRAVELY

Fecha: _____

Número de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

Estimado: _____

Número de cuenta: _____

Para poder determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera, por favor, complete la solicitud adjunta y remita los siguientes artículos:

1. Se requiere lo siguiente como prueba de ingreso. Por favor, proporcione prueba de ingreso para cualquier miembro del hogar considerado en este proceso de solicitud. **(por favor, revise la fuente de ingresos)**
 - A. Dos últimos recibos de pago _____
 - B. Estado de cuenta bancaria que muestre interés _____
 - C. Carta de concesión, Administración del Seguro Social, **(si es ciudadano de los EE.UU)** _____
 - D. Carta de concesión, fondo de pensiones _____
 - E. Carta de concesión, Departamento de Servicios sociales de Maryland, **(si reside en Maryland)** _____
 - F. Prueba de compensación por desempleo _____
2. Por favor, proporcione copias de la siguiente información sobre impuestos
 - A. Formularios W-2 _____
 - B. Formularios de impuestos del año pasado _____
3. **Si reside en Maryland**, por favor, proporcione la carta de rechazo del Programa de Asistencia Médica de Maryland. _____
4. **Carta notariada** que indique que actualmente no tiene ingresos ***** _____
5. **Presunta elegibilidad** Si es un beneficiario del siguiente programa de servicios sociales en función de sus medios económicos, envíe prueba de inscripción con su solicitud: familias con niños en el programa de almuerzo gratis o reducido; programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés); Programa de Asistencia para Energía para hogares de bajos ingresos; Programa integral de atención al adulto mayor (PAC, por sus siglas en inglés); Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés). Si es elegible para alguno de los siguientes programas de Medicaid en función de sus medios económicos, envíe la identificación de elegibilidad con su solicitud: planificación familiar o programa (s) solo de farmacia; Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés); Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB, por sus siglas en inglés); sólo servicios de emergencia X02. Si es elegible para alguno de los siguientes programas, por favor envíe prueba de elegibilidad con su solicitud: programas financiados por el estado incluyendo el Departamento de Rehabilitación vocacional (DVR, por sus siglas en inglés), Subvenciones en bloque para tratamiento intensivo ambulatorio psiquiátrico (IOP, por sus siglas en inglés), Programa de recuperación de adicciones del Hospital Sinai (SHARP, por sus siglas en inglés); Servicios para los niños de familias judías (JFCS, por sus siglas en inglés).

Debe devolver la solicitud completa y todos los documentos pertinentes en los 14 días siguientes a la recepción. Su solicitud no será revisada sin la información antes mencionada. Por favor, devuelva esta carta con su solicitud. Su información personal se mantendrá confidencial. El Programa de asistencia financiera del hospital sólo cubre cargos del hospital y del centro. Los honorarios del médico profesional no están cubiertos por este programa.

Si tiene preguntas con respecto a esta solicitud, desea apelar o presentar una queja, por favor, comuníquese al Servicio al Cliente 410-601-1094 o (800) 788-6995 de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m.

Por favor, devolver a **Sinai Hospital of Baltimore, Patient Financial Services Attention: Customer Service, 2401 W Belvedere Ave, Baltimore, Maryland 21215**

Atentamente,

Contabilidad del paciente
Servicio al Cliente

<i>For Hospital / Department / Agency use only</i>	
Originator Name: _____	
Department: _____	Ext. _____
Agency Name: _____	

Solicitud para asistencia financiera uniforme del estado de Maryland

Información personal

Nombre _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Estado civil: Soltero Casado Separado
 Ciudadano de los EE.UU.: Sí No Residente permanente: Sí No

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Dirección del centro de trabajo _____

Ciudad Estado Código postal

Miembros del hogar:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Relación _____	¿Alguna vez ha sido paciente en Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Relación _____	¿Alguna vez ha sido paciente en Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Relación _____	¿Alguna vez ha sido paciente en Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Relación _____	¿Alguna vez ha sido paciente en Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Relación _____	¿Alguna vez ha sido paciente en Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Relación _____	¿Alguna vez ha sido paciente en Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Alguna vez ha solicitado asistencia médica? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha presentó la solicitud? _____
 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue la determinación? _____

¿Recibió algún tipo de asistencia estatal o del condado? Sí No

Devuelva la solicitud a: Sinai Hospital of Baltimore
 2401 W. Belvedere Avenue
 Atención: Servicio al cliente
 Baltimore, MD 21215

Servicios financieros al paciente
Sólo para uso del hospital / departamento / agencia

Nombre del creador _____

Departamento: _____ Ext _____

Nombre de la agencia: _____

