

**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 de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m.

Por favor, devolver a **Levindale Hospital, Patient Financial Services Attention: Patient Accounting, 2434 W Belvedere Ave, Baltimore, Maryland 21215**

Atentamente,

Contabilidad del paciente  
Servicio al Cliente

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



**Ingreso familiar**

Anote la cantidad de sus ingresos mensuales provenientes de todas las fuentes. Es posible que deba brindar prueba de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, por favor proporcione una carta de apoyo de la persona que le brinda alojamiento y alimentación.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de pensión/jubilación	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios de desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingreso por alquiler de propiedad	_____
Beneficios de huelga	_____
Asignación militar	_____
Empleo independiente o en granja	_____
Otra fuente de ingreso	_____
<b>Total:</b>	_____

**II. Activos líquidos**

	saldo actual
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorro	_____
Acciones, bonos, CD o mercado de dinero	_____
Otras cuentas	_____
<b>Total:</b>	_____

**III. Otros activos**

Si usted es dueño de alguno de los siguientes artículos, por favor indique el tipo y el valor aproximado.

Casa	Saldo de préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
<b>Total:</b>		_____

**IV. Gastos mensuales**

	Monto
Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pago(s) del automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
<b>Total:</b>	_____

¿Tiene alguna otra cuenta médica sin pagar? Sí  No

¿Para qué servicio? \_\_\_\_\_

Si ha acordado un plan de pago, ¿cuál es su pago mensual? \_\_\_\_\_

Si usted solicita que el hospital extienda la asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información adicional para realizar una determinación suplementaria. Al firmar este formulario, certifica que la información proporcionada es verdadera y se compromete a notificar al hospital sobre cualquier cambio en la información proporcionada dentro de los diez días posteriores al cambio.

X  
Firma de los solicitantes

X  
Fecha

X  
Relación con el paciente