

CARE BRAVELY

Fecha: _____

Nº de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____

Nº de cuenta: _____

Estimado/a: _____

Nº de cuenta: _____

Con el fin de determinar su elegibilidad para la Asistencia financiera, complete la solicitud adjunta y envíe los siguientes documentos:

1. Se requiere lo siguiente como comprobante de ingresos. Por favor, brinde comprobante de ingresos por cada miembro del hogar considerado en este proceso de solicitud. **(Marque todas las fuentes de ingresos)**

- A. Los dos últimos recibos de sueldo _____
- B. Extracto bancario donde se muestren intereses _____
- C. Carta de adjudicación, Administración de la seguridad social **(si es ciudadano de los EE. UU.)** _____
- D. Carta de adjudicación, fondo de pensiones _____
- E. Carta de adjudicación, Departamento de servicios sociales de Maryland **(si es residente de Maryland)** _____
- F. Comprobante de compensación por desempleo _____
- G. Carta de beneficios agotados de PIP _____

2. Por favor, brinde copias de la siguiente información de impuestos:

- A. Formularios W-2 _____
- B. Formularios de impuestos del año anterior _____

3. **Si es residente de Maryland**, brinde la carta de denegación del Programa de asistencia médica de Maryland.

4. Carta certificada que declare que actualmente usted no tiene ingresos

5. **Elegibilidad asumida:** si usted es beneficiario/destinatario del siguiente programa de servicios sociales basado en los ingresos, envíe prueba del registro con su aplicación; hogares con niños que formen parte del programa de almuerzo gratuito o a precio módico; Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés); Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos; Programa de atención primaria de adultos (PAC, por sus siglas en inglés); Mujeres, infantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para cualquiera de los siguientes programas de Medicaid basados en los ingresos, envíe la identificación de la elegibilidad con su solicitud: Programa(s) de planificación familiar o solo farmacia; Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés); Beneficiario especificado de Medicare para bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés); Servicios de emergencia X02 exclusivamente. Si usted es elegible para cualquiera de estos otros programas, envíe prueba de la elegibilidad con su solicitud: Programas financiados con subvenciones estatales, incluidos el Departamento de rehabilitación vocacional (DVR, por sus siglas en inglés), Subvención en bloque para psiquiatría intensiva ambulatoria (IOP, por sus siglas en inglés), Programa de recuperación de adicciones del Sinai Hospital (SHARP, por sus siglas en inglés); Servicios para niños de familias judías (JFCS, por sus siglas en inglés)>

Debe devolver su solicitud completada y todos los documentos aplicables dentro de los 14 días posteriores. Su solicitud no se revisará si no brinda la información anterior. Devuelva esta carta con su solicitud. Su información personal se mantendrá confidencial. El Programa de asistencia financiera del Hospital cubre solo los costos del hospital/instalaciones. Los honorarios profesionales del médico no se cubren con este programa.

Si tiene más dudas sobre esta solicitud, desea apelar o presentar una queja, comuníquese con los Servicios de atención al cliente al 410 601-1094 o (800) 788-6995, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. - 5:00 p. m.

Devuélvalo a:

Patient Financial Services, Attention: Customer Service, 2401 West Belvedere Avenue, Baltimore, Maryland 21215

Cordialmente,

Servicios financieros de pacientes
Servicio de atención al cliente

Para uso exclusivo del hospital / el departamento / la agencia

Nombre del autor: _____

Departamento: _____ Ext.: _____

Nombre de la agencia: _____

Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland

Información sobre usted

Nombre: _____
Segundo nombre Apellido

Número de la seguridad social: _____ - _____ - _____
 Ciudadano de los EE. UU.: Sí No

Estado civil: Soltero Casado Separado
 Residente permanente: Sí No

Dirección residencial: _____

Teléfono _____

Ciudad Estado Código postal

Condado

Nombre del empleador: _____

Teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____

Ciudad Estado Código postal

Miembros del hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Relación	¿Ha sido paciente en el Sinai?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Ha solicitado Asistencia médica? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha la solicitó? _____
 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué se determinó? _____

¿Recibe cualquier tipo de asistencia estatal o del condado? Sí No

Devolver la solicitud a: Servicios financieros de pacientes
 Attn: Customer Service
 2401 W. Belvedere Avenue
 Baltimore, MD 21215

Patient Financial Services
Para uso exclusivo del hospital / departamento / agencia

Nombre del autor: _____

Departamento: _____ Ext.: _____

Nombre de la agencia: _____

I. Ingresos familiares

Enumere la cantidad de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que se le pida que brinde comprobantes de ingresos, bienes y gastos. Si no tiene ingresos, brinde una carta de respaldo de la persona que le brinda hospedaje y alimentación.

Cantidad mensual	_____
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios de la seguridad social	_____
Beneficios de la asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por alquiler de propiedad	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Granja o empleo por cuenta propia	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total:	_____

II. Bienes disponibles		Saldo actual
Cuenta corriente		_____
Cuenta de ahorros		_____
Acciones, bonos, CD, o mercado monetario		_____
Otras cuentas		_____
Total:		_____
III. Otros bienes		
Si posee cualquiera de los siguientes elementos, mencione el tipo y el valor aproximado.		
Residencia	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
		Total: _____
IV. Gastos mensuales		Cantidad
Alquiler o hipoteca		_____
Servicios públicos		_____
Pago(s) de automóvil		_____
Seguro de salud		_____
Otros gastos médicos		_____
Otros gastos		_____
Total:		_____
¿Tiene alguna otra cuenta médica sin pagar? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
¿Por qué servicio? _____		
Si tiene un plan de arreglo de pago, ¿cuánto es su pago mensual? _____		

Si solicita que el hospital extienda asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitar información adicional para hacer una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información brindada es verdadera y acepta notificarle al hospital sobre cualquier cambio en la información brindada dentro de los diez días posteriores al cambio.

X _____
Firma del solicitante

X _____
Fecha

X _____
Relación con el paciente