

Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

Nombre:

Primera *Inicial Media* *Última*

Dirección de domicilio:

Dirección de la calle

Unidad

Ciudad *Estado* *Código postal*

País

¿Es esta tu residencia principal? Sí No

Si no, ¿vives en Maryland más de 6 meses al año? Sí No

Número de teléfono:

() -
Prefijo de área ### #####

I. Miembros del hogar/familia

Por favor, enumere cualquiera de los siguientes casos, si procede: (1) Un cónyuge (independientemente de si presentan una declaración conjunta de impuestos federal o estatal), (2) Hijos (biológicos, adoptados o hijastros); y (3) Todas las personas que figuran en tu declaración de impuestos (cualquier persona para la que solicites una exención personal).

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>

II. Ingresos familiares

Por favor, indique su renta total mensual o anual sujeta a impuestos (antes de impuestos).
Puede que te pidan que aportes prueba de ingresos.

Nota: Si no tienes ingresos, por favor proporciona una carta de apoyo de la persona que te proporciona alojamiento o comidas.

\$

III. Dificultades financieras

¿Tienes algún gasto pendiente de tu bolsillo por servicios hospitalarios (excluyendo las cantidades cubiertas por tu seguro) que haya incurrido tu hogar o familia?

Sí No

Si es así,

1. ¿Has solicitado la Asistencia Médica de Maryland (Medicaid)?

Sí No

Si es así, ¿cuál fue la fecha en que solicitaste?

Si es así, ¿cuál fue la determinación?

2. Por favor, indique el importe total de sus gastos de bolsillo.

\$

IV. Activos

Por favor, indique el valor total de los activos monetarios superiores a 100.000 dólares.
Incluye efectivo disponible, depósitos bancarios, cuentas de inversión, cuentas por cobrar y pagarés por cobrar. No incluyas activos de jubilación.

\$

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es verdadera, precisa y completa. Acepto notificar al hospital cualquier cambio en esta información en un plazo de 240 días desde recibir la factura inicial del hospital.

Firma del solicitante

Fecha

Relación con el paciente