

Programa de asistencia financiera del hospital

Gracias por elegir Saint Agnes Hospital para sus necesidades médicas.

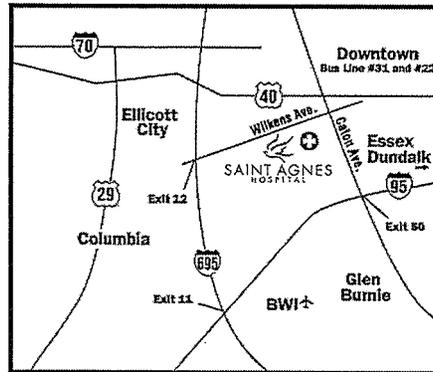
Ha expresado interés en solicitar nuestro programa de asistencia financiera del hospital. Para ser considerado, los documentos requeridos deben ser recibidos en nuestra oficina:

- Solicitud completa
- Declaración de impuestos federales de años anteriores
- Prueba de ingresos actuales o, si está desempleado, prueba de compensación de empleo o carta de apoyo
- Prueba de cualquier investigación
- Una copia de los libros de cuentas de cheques y/o de ahorros
- Copias de cualquier factura médica no pagada

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se le notificará el porcentaje de asignación, si lo hubiera, que se aplicará a sus cuentas pendientes.

Si no recibimos la información requerida dentro de 15 días, seguiremos nuestras prácticas normales de cobranza. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con un representante de cuentas de pacientes al 667-234-2140.

¡Gracias por elegir Saint Agnes Hospital para sus necesidades médicas!



900 S. Caton Avenue
Mailstop 045
Baltimore, MD 21229
667-234-2140
TTY: 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com



SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland

Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland

Información sobre usted

Nombre: _____
Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado

Ciudadano de los EE. UU.: Sí No

Residente permanente: Sí No

Dirección de la casa: _____

Ciudad Estado Código postal

País Teléfono

Nombre del empleador: _____

Dirección del trabajo: _____

Ciudad Estado Código postal

Miembros de la unidad familiar:

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

¿Ha solicitado Asistencia Médica?
 Sí No

Si la respuesta es sí,
 ¿en qué fecha hizo la solicitud? _____

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la determinación? _____

¿Recibe algún tipo de ayuda estatal
 o nacional? Sí No

I. Ingreso familiar

Cantidad mensual

Empleo _____

Beneficios de jubilación/pensión _____

Beneficios del Seguro Social _____

Beneficios de asistencia pública _____

Beneficios por discapacidad _____

Beneficios de desempleo _____

Beneficios para veteranos _____

Pensión alimenticia _____

Rentas de la propiedad
 de alquiler _____

Beneficios por huelga _____

Asignación militar _____

Granja o trabajo
 por cuenta propia _____

Otras fuentes de ingresos _____

Total _____

II. Activos disponibles

Cuenta de cheques _____

Cuenta de ahorros _____

Acciones, bonos, CD
 o mercado de dinero _____

Otras cuentas _____

Total _____

III. Otros activos

Si posee alguno de los siguientes, indique el tipo
 y el valor aproximado.

Casa: Balance del préstamo: _____ Valor: _____

Vehículo: Marca: _____ Año: _____ Valor: _____

Vehículo: Marca: _____ Año: _____ Valor: _____

III. Otros activos

Vehículo: Marca: _____ Año: _____ Valor: _____

Otra propiedad: _____

Total _____

IV. Gastos mensuales

Monto mensual

Alquiler o hipoteca _____

Servicios públicos _____

Pago(s) de vehículo(s) _____

Tarjeta(s) de crédito _____

Seguro de automóvil _____

Otros gastos médicos _____

Otros gastos _____

Total _____

¿Tiene alguna otra cuenta médica sin pagar?

Sí No Si la respuesta es sí, la cantidad _____

¿Para qué servicio? _____

Si ha concertado un plan de pago,

¿cuál es el pago mensual? _____

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

 Firma del solicitante

 Relación con el paciente

 Fecha