

# Solicitud de Asistencia financiera uniforme de MedStar Health

Número(s) de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

## *Información sobre usted*

Nombre \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Número de seguridad social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a)  
Ciudadano estadounidense: Si No Residente permanente: Si No

Dirección de su residencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Zip País \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección en el trabajo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Zip

## Miembros del hogar:

Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____

¿Ha solicitado Asistencia médica Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha hizo su solicitud? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué se determinó? \_\_\_\_\_

¿Recibe usted algún tipo de ayuda estatal o de condado? Sí No

**Defensor que ha completado o enviado por correo la solicitud de asistencia financiera:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**I. Ingresos de la familia**

Indique la cantidad de todas sus fuentes de ingresos mensuales. Posiblemente se le exija suministrar una prueba de ingresos, activos y gastos. Si usted no tiene ingresos, por favor, proporcione una carta de apoyo de la persona que le proporciona alojamiento y comidas.

	<b>Cantidad mensual</b>
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios de desempleado	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por propiedades en alquiler	_____
Beneficios de huelga	_____
Adjudicación militar	_____
Empleo en granja o autoempleo	_____
Otras fuentes de ingresos	_____
<b>Total</b>	_____

**II. Activos líquidos**

	<b>Saldo actual</b>
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito o en el mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
<b>Total</b>	_____

**III. Otras activos**

Si es propietario de cualquiera de los siguientes elementos, indique el tipo y valor aproximado.

Vivienda	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca ___ No corresponde ___ Año ___ No corresponde ___	Valor aproximado ___ No corresponde ___
Vehículo adicional	Marca ___ No corresponde ___ Año ___ No corresponde ___	Valor aproximado ___ No corresponde ___
Vehículo adicional	Marca ___ No corresponde ___ Año ___ No corresponde ___	Valor aproximado ___ No corresponde ___
Otros bienes		Valor aproximado ___ No corresponde ___
<b>Total</b>		_____

**IV. Gastos mensuales**

	<b>Cantidad</b>
Alquiler o hipoteca	_____ No corresponde _____
Servicios públicos	_____ No corresponde _____
Pago(s) de automóvil	_____ No corresponde _____
Tarjeta(s) de crédito	_____ No corresponde _____
Seguro de automóvil	_____ No corresponde _____
Seguro de salud	_____ No corresponde _____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____ No corresponde _____
<b>Total</b>	_____

¿Tiene otras facturas médicas sin pagar?      Sí      No

¿Por cuál servicio? \_\_\_\_\_

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

Si solicita que el hospital le extienda asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitarle información adicional con el fin de tomar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y se compromete a notificar al hospital acerca de cualquier cambio en la información proporcionada en un lapso de diez días posteriores al cambio.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente