

Devuelva el formulario junto con:

- 1. Los dos recibos de sueldo más recientes**
- 2. Los extractos más recientes de cualquiera/todas las cuentas bancarias**

Cada padre/tutor debe presentar esta información.

Gracias.

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme del Estado de Maryland

Nombre del Paciente _____ *Fechas del Servicio* _____ *Cuenta n.º: F* _____

Información Acerca del Tutor

Nombre _____

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Número de Seguro Social ____-____-____

Ciudadano de los Estados Unidos: Sí No

Estado Civil: Soltero Casado Separado

Residente Permanente: Sí No

Dirección _____

Teléfono _____

Ciudad

Estado

Código postal

País

Nombre del Empleador _____

Teléfono _____

Dirección Laboral _____

Ciudad

Estado

Código postal

Integrantes de la vivienda:

Nombre _____

Edad _____

Relación _____

Nombre _____

Edad _____

Relación _____

Nombre _____

Edad _____

Relación _____

Nombre _____

Edad _____

Relación _____

Nombre _____

Edad _____

Relación _____

Nombre _____

Edad _____

Relación _____

¿Ha solicitado Asistencia Financiera para el paciente? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha solicitó la asistencia? _____

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

¿Recibe algún tipo de asistencia del estado o del condado? Sí No

Devuelva el formulario a:

Mt. Washington Pediatric Hospital, 1708 W. Rogers Avenue, Baltimore, Maryland 21209

Att: V.P. Finance

I. Ingreso Familiar

Indique el monto de sus ingresos mensuales provenientes de todas las fuentes. Es posible que se le solicite que brinde pruebas de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de respaldo de la persona que le proporciona vivienda y comidas.

	Monto Mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios del seguro social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por alquiler de propiedades	_____
Subsidio por huelga	_____
Pensión militar	_____
Productor o empleo autónomo	_____
Total	_____

II. Activos Líquidos:

	Saldo Actual
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros Activos

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

Vivienda	Saldo de préstamos _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Total		_____

IV. Gastos Mensuales

	Monto
Alquiler o Hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Cuotas de automóvil	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro de automóvil	_____
Seguro médico	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Tiene otras facturas por servicios médicos sin pagar? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si usted ha fijado un plan de pago, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si solicita que el hospital le extienda asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitarle información adicional, a fin de llegar a una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y acepta notificar al hospital cualquier cambio que ocurra en la información proporcionada dentro de los diez días posteriores al cambio.

Firma del Tutor

Fecha

Relación con el Paciente