



Meritus Health

11116 Medical Campus Road

Hagerstown, MD 21742

Teléfono 301-790-8000

Meritus Health tiene un Programa de asistencia financiera disponible para pacientes que no pueden pagar la totalidad o parte de sus facturas médicas. Este programa se basa en las Pautas de ingresos federales del grupo familiar, los bienes que son propiedad del hogar y la cantidad de personas del grupo familiar. Complete toda la solicitud y envíela con la documentación requerida a:

Meritus Medical Center  
Attn: Patient Accounts/Financial Assistance  
11116 Medical Campus Road  
Hagerstown, MD 21742

Consejos útiles:

- Asegúrese de incluir toda la documentación requerida con su solicitud para evitar cualquier retraso en el procesamiento de la misma. Si un documento requerido no corresponde a su grupo familiar, notifíquelo en su solicitud.
- Si ha solicitado asistencia financiera anteriormente, debe presentar documentación nueva y actual con su solicitud. No podemos utilizar información de su solicitud anterior.
- **Se esperan pagos mensuales regulares hasta que se procese su solicitud y reciba una carta de aprobación por correo.**

Si se requiere información o documentación adicional, nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo. Se le notificará por escrito la decisión con respecto a esta solicitud dentro de los 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a su solicitud, comuníquese con un Asesor financiero al (301) 790-8247 de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:00 p. m.

Atentamente,

Asesor financiero  
Meritus Medical Center  
11116 Medical Campus Road  
Hagerstown, MD 21742

# Solicitud uniforme de asistencia financiera del estado de Maryland

## Información sobre usted

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primer nombre*                      *Inicial del segundo*                      *Apellido*

Número de Seguro social [ ] - [ ] - [ ]      Estado civil:  Soltero/a    Casado/a    Separado/a

Ciudadano EE. UU.:  Sí    No                      Residente permanente:  Sí    No

Domicilio: \_\_\_\_\_      Teléfono particular:  
*Dirección postal*                      ( [ ] ) [ ] - [ ]  
\_\_\_\_\_                      *Localidad*      *Estado*      *Código postal*      *País*                      *(Código de área) ### - ####*

Empleador \_\_\_\_\_      Teléfono laboral:  
Nombre y dirección: \_\_\_\_\_      *Nombre del empleador*                      ( [ ] ) [ ] - [ ]  
\_\_\_\_\_                      *Dirección postal*                      *(Código de área) ### - ####*  
\_\_\_\_\_                      *Localidad*                      *Estado*                      *Código postal*

## Miembros de la familia:

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

¿Ha solicitado asistencia médica?       Sí       No  
En caso afirmativo, ¿en qué fecha?      [ ]/[ ]/[ ] (MM/DD/AAAA)

En caso afirmativo, ¿cuál fue la determinación?

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

## ***I. Ingreso familiar***

Anote el monto de su ingreso mensual proveniente de todas las fuentes. Es posible que deba presentar comprobantes de ingresos, bienes y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de apoyo de la persona que proporciona su alojamiento y comidas.

	<b><u>Monto mensual</u></b>
Empleo Jubilaciones/prestaciones de pensión	_____
Prestaciones de seguridad social	_____
Prestaciones de asistencia pública	_____
Prestaciones por discapacidad	_____
Prestaciones por desempleo	_____
Subsidios para veteranos	_____
Pensión alimentaria	_____
Ingreso por alquiler de propiedades	_____
Indemnización por huelga	_____
Asignación militar	_____
Empleo agrícola o autónomo	_____
Otra fuente de ingreso:	_____
<b>Total</b>	_____

## ***II. Activos líquidos***

	<b><u>Saldo actual</u></b>
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorro	_____
Acciones, bonos, certificado de depósito o cuenta del mercado de valores	_____
Otras cuentas	_____
<b>Total</b>	_____

¿Tiene alguna otra factura médica sin pagar?  Sí  No

¿De qué servicio? \_\_\_\_\_

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

Si solicita que el hospital le brinde asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información extra para tomar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y acepta notificar al hospital sobre cualquier cambio en la información proporcionada dentro de los diez días posteriores al cambio.

---

*Firma del solicitante*

*Fecha*

*Relación con el paciente*

**Lista de verificación de información que DEBE adjuntarse a esta solicitud financiera:**

**\*\*Para aquellos que no tienen seguro, lo recomendaremos en un intento de que califique para cualquier cobertura de seguro federal o estatal disponible. Se espera que se cumpla con el proceso de solicitud requerido por el gobierno.**

**Seguro Market Place\Medicaid Expansion (HELP):**

- \_\_\_\_\_ Constancia de la solicitud aceptada con fecha de vigencia de la cobertura
- \_\_\_\_\_ Constancia de la solicitud presentada y la cobertura denegada

**Carta de aprobación actual para la siguiente asistencia pública:**

- \_\_\_\_\_ Snap (cupones de alimentos) \_\_\_\_\_ Vivienda
- \_\_\_\_\_ L.E.A.P (asistencia energética) \_\_\_\_\_ Otro

**Ingresos:**

- \_\_\_\_\_ Declaración de impuestos federales 1040, último año de presentación y último recibo de pago actual (para todos los trabajadores del núcleo familiar)
- \_\_\_\_\_ Ningún miembro de la familia declara impuestos
- \_\_\_\_\_ El último recibo de pago de diciembre con los ingresos del año hasta la fecha (para todos los trabajadores del núcleo familiar)
- \_\_\_\_\_ Todos los estados de cuenta bancarios del año anterior más los estados de cuenta bancarios del año hasta la fecha
- \_\_\_\_\_ Declaración de ganancias y pérdidas del año hasta la fecha

**Otros ingresos:**

- \_\_\_\_\_ Indemnización por desempleo
- \_\_\_\_\_ Indemnización por accidente de trabajo
- \_\_\_\_\_ Seguridad social y ganancias de pensión (Ejemplo: carta de adjudicación)
- \_\_\_\_\_ Beneficios para veteranos
- \_\_\_\_\_ Beneficios para sobrevivientes
- \_\_\_\_\_ Intereses y dividendos
- \_\_\_\_\_ Alquileres
- \_\_\_\_\_ Regalías
- \_\_\_\_\_ Ingresos de patrimonio sucesorio
- \_\_\_\_\_ Fideicomisos
- \_\_\_\_\_ Asistencia educativa
- \_\_\_\_\_ Pensión alimentaria
- \_\_\_\_\_ Manutención infantil
- \_\_\_\_\_ Asistencia fuera del hogar

**Activos:**

- \_\_\_\_\_ Estados de cuentas corriente de 3 meses
- \_\_\_\_\_ No tengo cuenta corriente
- \_\_\_\_\_ Estados de cuentas de ahorro de 3 meses
- \_\_\_\_\_ No tengo cuenta de ahorro
- \_\_\_\_\_ Estados de cuentas de inversión de 3 meses
- \_\_\_\_\_ No tengo inversiones
- \_\_\_\_\_ Explicación por escrito de los períodos sin ingreso. ¿Cómo pagaba los alimentos y la vivienda?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Si alguien le proporciona alimento y alojamiento, incluya una carta de apoyo firmada por parte de la(s) persona(s) que lo ayuda(n).

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a su solicitud, comuníquese con un Asesor financiero al 301-790-8247 de lunes a viernes, entre las 7:30 a. m. y 4:00 p. m.

Atentamente,

Asesor financiero  
Servicios financieros para pacientes  
Meritus Medical Center