

**Meritus Health**

11116 Medical Campus Road
Hagerstown, MD 21742

Phone 301-790-8000

Referencia:

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

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

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mes/día/año)

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 del grupo familiar:
 (Declarados en el formulario 1040 de los impuestos)

<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Relación</i>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>
_____ <small>Nombre</small>	_____ <small>Fecha de nacimiento</small>	_____ <small>Relación</small>

¿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.

	<u>Monto mensual</u>
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:	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

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

¿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)

Solo para dueños de un negocio:

- _____ 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