



**BROOK LANE**  
*Hope • Healing • Recovery*

**Meritus Health**

11116 Medical Campus Road  
Hagerstown, MD 21742  
Teléfono (301) 790-8247

Meritus Health ofrece un Programa de asistencia financiera para ayudar a pacientes que no pueden pagar la totalidad o parte de sus facturas médicas. La aprobación se basa en los ingresos del hogar y la cantidad de personas en el hogar, utilizando las Pautas federales de pobreza.

Puede presentar una solicitud en línea a través de su cuenta de MyChart o completando una solicitud en papel. Si presenta una solicitud en papel, complete todas las secciones y envíela junto con la documentación necesaria a:

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

**Presentando una solicitud a través de MyChart**

1. Inicie sesión en su cuenta de MyChart.
2. Seleccione «Facturación».
3. Seleccione «Asistencia financiera».
4. Complete la solicitud y suba los documentos necesarios.

Si se necesita información o documentación adicional, le notificaremos a través de MyChart, por teléfono o por correo postal. Recibirá la determinación por escrito en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con su solicitud, comuníquese con un Asesor financiero al (301) 790-8247 de lunes a viernes, de las 7:30 a. m. a las 4:00 p. m.

Asesor financiero  
Meritus Medical Center

# Solicitud uniforme de asistencia financiera del estado de Maryland

**Nombre:**

|               |                                   |                 |
|---------------|-----------------------------------|-----------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Inicial del segundo nombre</i> | <i>Apellido</i> |
|---------------|-----------------------------------|-----------------|

**Dirección de residencia:**

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| <i>Calle y número</i> | <i>Unidad</i> |
|-----------------------|---------------|

|               |               |                      |
|---------------|---------------|----------------------|
| <i>Ciudad</i> | <i>Estado</i> | <i>Código postal</i> |
|---------------|---------------|----------------------|

¿Es esta su residencia principal? ☐ Sí ☐ No

Si no lo es, ¿vive en Maryland más de 6 meses al año? ☐ Sí ☐ No

Número de teléfono: ( ) -

## ***I. Miembros del hogar o de la familia***

Indique las siguientes personas, si corresponde: (1) su cónyuge (independientemente de si presentan una declaración conjunta de impuestos federales o estatales); (2) sus hijos (biológicos, adoptados o hijastros); y (3) todas las personas incluidas en su declaración de impuestos (cualquier persona por la que reclame una exención personal).

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

|               |             |                   |
|---------------|-------------|-------------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Edad</i> | <i>Parentesco</i> |
|---------------|-------------|-------------------|

## ***II. Ingresos de la familia***

Indique sus ingresos sujetos a impuestos totales, mensuales o anuales (antes de impuestos). Es posible que se le solicite un comprobante de ingresos.

*Nota: Si no tiene ingresos, presente una carta de apoyo de la persona que le proporciona vivienda o alimentos.*

Ingresos totales: \$ \_\_\_\_\_ ☐ Mensuales ☐ Anuales

## ***III. Dificultades económicas***

¿Tiene su hogar o familia gastos pendientes de pago por servicios hospitalarios que deba pagar de su bolsillo (sin incluir los montos cubiertos por su seguro)?

☐ Sí ☐ No

Si respondió «Sí»:

1. ¿Ha solicitado Asistencia Médica de Maryland (Medicaid)?

☐ Sí ☐ No

Si la solicitó, ¿en qué fecha presentó la solicitud? \_\_\_\_\_

Si la solicitó, ¿cuál fue la decisión? \_\_\_\_\_

2. Indique el monto total de sus gastos que debe pagar de su bolsillo.

\$ \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es verdadera, exacta y completa. Acepto notificar al hospital cualquier cambio en esta información dentro de los 240 días siguientes a la recepción de la factura inicial del hospital.

---

*Firma del solicitante*

*Fecha*

*Relación con el paciente*