



Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland *Información sobre usted*

Nombre: _____
Segundo nombre _____ Apellido _____

Número de la seguridad social: _____ - _____ - _____
Ciudadano de los EE. UU.: Sí No

Estado civil: Soltero Casado Separado
Residente permanente: Sí No

Dirección residencial: _____

Teléfono: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Condado _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Miembros del hogar:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____

Relación _____	¿Ha sido paciente en el Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Relación _____	¿Ha sido paciente en el Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Relación _____	¿Ha sido paciente en el Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Relación _____	¿Ha sido paciente en el Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Relación _____	¿Ha sido paciente en el Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Relación _____	¿Ha sido paciente en el Sinai? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Ha solicitado Asistencia médica? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha la solicitó? _____
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué se determinó? _____

¿Recibe cualquier tipo de asistencia estatal o del condado? Sí No

Devolver la solicitud a: Servicios financieros de pacientes
Attn: Customer Service Patient Financial Services
2401 W. Belvedere Avenue
Baltimore, MD 21215

Para uso exclusivo del hospital / departamento / agencia

Nombre del autor: _____
Departamento: _____ Ext.: _____
Nombre de la agencia: _____

I. Ingresos familiares

Enumere la cantidad de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que se le pida que brinde comprobantes de ingresos, bienes y gastos. Si no tiene ingresos, brinde una carta de respaldo de la persona que le brinda hospedaje y alimentación.

Cantidad mensual	_____
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios de la seguridad social	_____
Beneficios de la asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por alquiler de propiedad	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Granja o empleo por cuenta propia	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total:	_____

II. Bienes disponibles

Saldo actual

Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, CD, o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total: _____	

III. Otros bienes

Si posee cualquiera de los siguientes elementos, mencione el tipo y el valor aproximado.

Residencia	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____

Total: _____

IV. Gastos mensuales

Cantidad

Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pago(s) de automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total: _____	

¿Tiene alguna otra cuenta médica sin pagar? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si tiene un plan de arreglo de pago, ¿cuánto es su pago mensual? _____

Si solicita que el hospital extienda asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitar información adicional para hacer una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información brindada es verdadera y acepta notificarle al hospital sobre cualquier cambio en la información brindada dentro de los diez días posteriores al cambio.

X _____
Firma del solicitante

X _____
Fecha

X _____
Relación con el paciente

SOLICITUD UNIFORME DE ASISTENCIA FINANCIERA 121020