



Uniforme del estado de Maryland Solicitud de Asistencia Financiera

Información acerca de ti

Nombre _____
En primer lugar Última Oriente

Número de seguridad social _____ - _____ - _____
Ciudadano estadounidense: Sí No

Estado Civil: Soltero Casado Separado
Residente Permanente: Sí No

Dirección de casa _____ teléfono _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal País

Nombre del empleador _____ teléfono _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal

Los miembros del hogar:

Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad

¿Ha solicitado Asistencia Médica Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su solicitud? _____
En caso afirmativo, ¿cuál fue la determinación?



Uniforme del estado de Maryland Solicitud de Asistencia Financiera

¿Usted recibe ningún tipo de ayuda estatal o del condado? si no

Ingresos de la Familia I.

Anote la cantidad de su ingreso mensual de todas las fuentes. Es posible que deba suministrar prueba de ingresos, activos y gastos. Si usted no tiene ingresos, por favor provea una carta de apoyo de la persona que proporciona alojamiento y comidas.

	Cantidad mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación / pensión	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios de desempleo	_____
beneficios de veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
rentas de la propiedad de alquiler	_____
beneficios de huelga	_____
asignación militar	_____
Granja o auto empleo	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta de cheques	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, CD, o en el mercado de dinero	_____
otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros activos

Si es el propietario cualquiera de los siguientes artículos, por favor indique el tipo y el valor aproximado.

Saldo del Préstamo Inicio _____		Valor aproximado _____
Automóvil	Hacer _____ Año _____	Valor aproximado _____
vehículo adicional	Hacer _____ Año _____	Valor aproximado _____
vehículo adicional	Hacer _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otras propiedades		Valor aproximado _____
Total		_____

IV. Gastos mensuales

	Cantidad
Alquiler o hipoteca	_____
Utilidades	_____
pago (s) de coches	_____
Tarjetas de crédito)	_____
Seguro de auto	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Tiene alguna otras facturas médicas sin pagar? si no

Por lo que el servicio? _____

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

Si solicita que el hospital extender la asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información adicional con el fin de tomar una determinación suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es



Uniforme del estado de Maryland Solicitud de Asistencia Financiera

verdadera y acuerda notificar al hospital de cualquier cambio en la información proporcionada dentro de los diez días posteriores al cambio.

Firma del solicitante Fecha

Relación con el paciente