

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Johns Hopkins Medicine
Solicitud de asistencia financiera

Complete los formularios adjuntos y devuélvalos junto con la documentación indicada a continuación.

Formularios que se deben incluir:

Solicitud de asistencia financiera (adjunta)

Documentos que se deben incluir:

1. Copia de la declaración de impuestos del año pasado (Si es casado y presenta la declaración por separado, proporcione copias de ambas declaraciones.)
2. Copia de sus tres (3) últimas colillas de pago, carta del empleador o comprobante de desempleo.
1. Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social (si corresponde)
2. Copia de la carta de decisión de la Asistencia Médica o del Seguro Social
3. Comprobante de los gastos mensuales de manutención tal como figuran en su solicitud, como copias de sus facturas telefónicas, facturas de los servicios de gas y electricidad (BG&E) o pagos de alquiler/ hipoteca
4. Copias de los gastos médicos no pagados
5. Copias de todas las tarjetas de seguro médico
6. Prueba de residencia, como por ejemplo un documento de identificación, la licencia de conducir, el certificado de nacimiento o el documento de residencia legal permanente (tarjeta verde)

**ENVÍE LA INFORMACIÓN POR
CORREO POSTAL A:
ATTN: REIMBURSEMENT DEPARTMENT
5901-A HOLABIRD AVENUE BALTIMORE, MD 21224**



Solicitud de asistencia financiera

Información sobre usted

Nombre: _____
Nombre de pila Segundo nombre Apellido(s)

Número de Seguro Social ____-____-____ Estado civil: Soltero Casado Separado

Ciudadano estadounidense SÍ NO Residente permanente: SÍ NO

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Ciudad Estado Código postal País

Nombre del empleador: _____ Teléfono _____
 Dirección de trabajo: _____

Ciudad Estado Código postal

Miembros del grupo familiar / hogar:

| | <u>MI PERSONA</u> | |
|--------|--------------------------|------------|
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Edad | Parentesco |

¿Ha solicitado la Asistencia Médica? SÍ NO
 Si lo hizo, ¿en qué fecha la solicitó? _____
 Si lo hizo, ¿cuál fue la decisión? _____

¿Recibe algún tipo de ayuda del estado o del condado? SÍ NO

I. Ingresos familiares

Indique el monto de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Puede que se le solicite proporcionar comprobantes de sus ingresos, bienes / activos y gastos. Si no tiene ingresos, presente una carta de la persona que le proporciona alojamiento y comida.

| | Monto mensual |
|--|---------------|
| Empleo | _____ |
| Beneficios de jubilación/ pensión | _____ |
| Beneficios del Seguro Social | _____ |
| Beneficios de la asistencia pública | _____ |
| Beneficios por discapacidad | _____ |
| Beneficios por desempleo | _____ |
| Beneficios para veteranos | _____ |
| Pensión alimenticia | _____ |
| Ingresos por alquileres | _____ |
| Subsidios de huelga | _____ |
| Beneficios militares | _____ |
| Empleo en granja o trabajo por cuenta propia | _____ |
| Otra fuente de ingresos | _____ |
| Total | _____ |

| <i>II. Activos líquidos</i> | Saldo actual |
|---|--------------|
| Cuenta corriente | _____ |
| Cuenta de ahorro | _____ |
| Acciones, bonos, certificados de depósito o cuenta de mercado monetario | _____ |
| Otras cuentas | _____ |
| Total | _____ |

III. Otros activos

Si es propietario de alguno de los siguientes artículos, indique el tipo y el valor aproximado.

| | | |
|--------------------|--------------------------|------------------------|
| Vivienda | Saldo del préstamo _____ | Valor aproximado _____ |
| Automóvil | Marca _____ Año _____ | Valor aproximado _____ |
| Vehículo adicional | Marca _____ Año _____ | Valor aproximado _____ |
| Vehículo adicional | Marca _____ Año _____ | Valor aproximado _____ |

Otros bienes Valor aproximado _____
 Total _____

IV. Gastos mensuales

| | Monto |
|-----------------------|-------|
| Alquiler o hipoteca | _____ |
| Servicios públicos | _____ |
| Pago(s) de automóvil | _____ |
| Tarjeta(s) de crédito | _____ |
| Seguro de automóvil | _____ |
| Seguro médico | _____ |
| Otros gastos médicos | _____ |
| Otros gastos | _____ |

¿Tiene alguna otra factura médica sin pagar? SÍ NO

¿Por qué servicio? _____

Si tiene acordado un plan de pagos, a cuánto ascienden los pagos mensuales? _____

Elegibilidad para recibir asistencia médica por dificultades económicas:

Ingresos familiares durante los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de esta solicitud: _____

Deuda médica contraída en Johns Hopkins (sin incluir coaseguros, copagos ni deducibles) durante los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de esta solicitud:

| Fecha de servicio | Monto adeudado |
|-------------------|----------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Para la presunción de elegibilidad para recibir asistencia financiera:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. ¿Qué edad tiene el paciente? | _____ |
| 2. ¿Está embarazada la paciente? | Sí o No |
| 3. ¿Tiene el paciente hijos menores de 21 años que viven en la casa? | Sí o No |
| 4. ¿Es el paciente ciego o está potencialmente discapacitado para tener un empleo remunerado por 12 meses o más? | Sí o No |
| 5. ¿Está el paciente recibiendo actualmente beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? | Sí o No Sí o No |
| 6. ¿Tiene el paciente (y, si es casado, su cónyuge) en total cuentas bancarias o activos convertibles en efectivo que no exceden los siguientes montos? | Sí o No |
| Tamaño de la familia: | |
| Individuo: | \$2,500.00 |
| Dos personas: | \$3,000.00 |
| Añada \$100.00 por cada miembro adicional de la familia. (Por ejemplo: en el caso de una familia de cuatro miembros, si el total de los activos líquidos que tiene es menos de \$3,200.00, respondería que SÍ.) | |
| 7. ¿Es el paciente residente del estado de Maryland? Si no es residente de Maryland, ¿en qué estado reside el paciente? | Sí o No _____ |
| 8. ¿Es el paciente una persona sin hogar? | Sí o No |
| 9. ¿Es el paciente participante del programa de WIC? | Sí o No |
| 10. ¿Hay en el hogar niños que participan en el programa de almuerzos gratuitos o a precio reducido? | Sí o No |
| 11. ¿Participa el hogar en un programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos? | Sí o No |
| 12. ¿Recibe el paciente Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/cupones de alimentos? | Sí o No |
| 13. ¿Está el paciente inscrito en Healthy Howard, Chase Brexton? | Sí o No |
| 14. ¿Fue el paciente remitido a SH por Caridades Católicas, Mobile Med, Mo. Co. Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access o Proyecto Salud? | Sí o No |
| 15. ¿Tiene actualmente el paciente los siguientes? Asistencia Médica para farmacia solamente Cobertura QMB/ cobertura SMLB) | Sí o No Sí o No |
| 16. ¿Está empleado el paciente? Si no lo está, indique la fecha en que quedó desempleado. ¿Es elegible para la cobertura del seguro médico a través de COBRA? | Sí o No _____ Sí o No |

Toda la documentación enviada pasará a formar parte de esta solicitud.

Si solicita que se le conceda ayuda financiera adicional, JHM puede solicitar información adicional con el fin de tomar una decisión complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y acepta que notificará a JHM sobre cualquier cambio en la información provista en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que se efectuó el cambio. Toda la información enviada con la solicitud es verdadera y exacta de acuerdo a mi mejor saber y entender, información y creencia.

Firma del solicitante

Fecha

Parentesco o relación con el paciente